

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Pessoa em Situação
Crítica

Relatório de Estágio

Acolhimento Hospitalar da Pessoa em Situação
Crítica: Envolvimento da Família na Intervenção
Especializada de Enfermagem

Sofia Isabel Ribeiro Pedro Carvalho

Lisboa

2019

Decorative green wavy lines in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved shapes in various shades of green.

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Pessoa em Situação
Crítica

Relatório de Estágio

Acolhimento Hospitalar da Pessoa em Situação
Crítica: Envolvimento da Família na Intervenção
Especializada de Enfermagem


Sofia Isabel Ribeiro Pedro Carvalho

Orientador: Professora Doutora Anabela Mendes

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



PENSAMENTO

“Frágeis, vulneráveis, ousados e convictos vamos traçando a nossa aventura,
fazendo reverter a doença em saúde, o medo em cuidado, a fraqueza em
solidariedade e sobretudo construindo a esperança de uma vida melhor”
(Pereira,2007)

AGRADECIMENTOS

Aos colegas e amigos do 8º Curso de Mestrado, a todo o apoio e camaradagem, que grupo fantástico!

Aos colegas de trabalho do Hospital Vila Franca de Xira por toda a ajuda nos momentos críticos.

À minha amiga Sónia, por todo o companheirismo.

À Professora Doutora e Orientadora, Anabela Mendes, obrigada pela disponibilidade, exigência e apoio.

Aos orientadores de estágio, o meu obrigada pela aprendizagem contínua.

Aos amigos do coração e do AFC pelo apoio e ausência durante este período.

Ao Miguel, por todo o apoio, amor e paciência.

E por fim aos dois pilares de vida, os meus pais e família, por todo o apoio, motivação e disponibilidade.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA- *American Psychological Association*

ATCN- *Advanced Trauma Care for Nurses*

CEEEEMCPSC- Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMEPSC- Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

CODU- Centro de Orientação de Doentes Urgentes

ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESCID- Escala Comportamental da dor

GCLPPCIRA- Grupo de Coordenação Local Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

GOBP- Guia Orientador de Boa Prática para a Dor

HFVVC- Hemodiafiltração Venovenosa Contínua

IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

MRSA- *Staphylococcus Aureus* Resistente à Meticilina

OE- Ordem dos Enfermeiros

PAINAD- *Pain Assessment in Advanced Dementia*

PCR- Paragem Cardiorespiratória

PICS- *Post-Intensive Care Syndrome*

PSC- Pessoa em Situação Crítica

RIL- Revisão Integrativa da Literatura

SAV- Suporte Avançado de Vida

SO- Sala de Observação

Sr.- Senhor

SU- Serviço Urgência

UC- Unidade Curricular

UCIC- Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

VMER- Viatura Médica de Emergência e Reanimação

RESUMO

O presente relatório expõe o percurso de aprendizagem desenvolvido ao longo do terceiro semestre, pretendendo demonstrar de forma crítica e reflexiva o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências como enfermeira especialista na área da pessoa em situação crítica.

Hoje em dia, no quotidiano observamos que as equipas em saúde desenvolvem capacidades de maior relevância em técnicas e na tecnologia recente com menos ênfase à tecnologia das relações, como o acolhimento com o doente e com a sua família. Acolher e humanizar em serviços críticos é uma intervenção difícil, pois existe de forma particular o medo, a solidão e o constante convívio com a morte. A intervenção do enfermeiro especialista à PSC e família no acolhimento torna-se essencial para a melhoria dos cuidados. Justifica-se assim a importância da temática “Acolhimento hospitalar da PSC: Envolvimento da família na intervenção especializada de enfermagem”.

O referencial teórico eleito para fundamentação deste relatório foi a Teoria da Incerteza da doença de Merle Mishel (1990).

O percurso formativo permitiu obter e mobilizar conhecimentos e novas competências sustentado na evidência científica de forma a atingir o nível de perícia na área de especialidade supracitada.

Palavras-chave: Enfermagem, Acolhimento, Doente crítico, Cuidados críticos

ABSTRACT

This report presents the course of learning during the third semester, proving to be critical and reflective, the course of knowledge and development of competences in the area of the person in critical situation.

Nowadays, in daily life we observe that health teams have greater power to update in technique and in the last hour with less than the technology of relations, such as the reception with the patient and with his family. To welcome and humanize services is a difficult intervention, because there is the particular form of fear, loneliness and constant conviviality with death. The intervention of the specialist nurse in the PSC and the family in the host becomes essential for an improvement of the care. This is precisely the importance of the therapy "PSC Hospital Reception: Involvement of the Family in the Specialized Nursing Intervention".

The theoretical framework for the foundation of the present was a Theory of Health of the Disease of Merle Mishel (1990).

The training course allowed to obtain and mobilize knowledge and new skills based on the scientific evidence in order to reach the level of expertise in the area of specialty mentioned above.

Keywords: Nursing, User embracement, Critically ill, Critical care

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
1.1 Pessoa em Situação Crítica.....	23
1.2 Acolhimento Hospitalar à Pessoa em Situação Crítica com Envolvimento da Família	25
2. TEORIA DA INCERTEZA DA DOENÇA DE MERLE MISHEL	29
3. ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO	33
4. CONCLUSÃO.....	53
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
APÊNDICES	
Apêndice 1- Cronograma de estágio	
Apêndice 2. Sessão de Formação “Paramedic 2 - The Adrenaline Trial O uso da Adrenalina na PCR”	
Apêndice 3. Sessão de Formação “ Abordagem à Família no Serviço de Urgência”	
Apêndice 4. Sessão de Formação “Choque Hemorrágico”	
Apêndice 5 . Coautora do poster “O Cuidado Centrado Na Família Da Pessoa Em Situação Crítica Na Unidade De Cuidados Intensivos: Intervenção Do Enfermeiro Perito”	
Apêndice 6. Sessão de Formação “Consulta de Follow-Up	
Apêndice 7. Proposta de orientações gerais para a consulta de Follow-Up	
ANEXOS	
Anexo 1. Certificado de Participação 1 ^{as} Jornadas Pessoa em Situação Crítica	
Anexo 2. Certificado de Participação do III Congresso da Secção Regional do Sul (Ordem dos Enfermeiros)	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Mapeamento de Conceitos

Figura 2. Mapeamento de conceitos da Teoria da Incerteza da Doença de Merle Mishel

Figura 3. Acolhimento como adaptação ao meio hospitalar

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório, que integra o 8º Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (CMPSC), foi proposta a elaboração de um trabalho onde seja evidenciado o percurso de estágio. Tem como finalidade expor a realização de atividades e estratégias, clarificando a aquisição de competências especializadas ao longo do terceiro semestre tendo em conta a problemática escolhida, bem como todos os contextos relacionados com a PSC em locais de estágio.

O relatório de estágio é um documento onde o discente “descreve e analisa o seu percurso, realizando uma análise crítica das competências desenvolvidas” (Cerqueira, et al.,2014, p.32).

A problemática do projeto centra-se no acolhimento hospitalar da PSC, envolvendo a família, tendo como temática: “Acolhimento hospitalar da Pessoa em Situação Crítica: Envolvimento da família na intervenção especializada de enfermagem”.

Partindo da experiência profissional, ao exercer funções como enfermeira num Serviço de Urgência (SU), sou confrontada diariamente com dúvidas, questões e insatisfação por parte dos utentes e família. O interesse por esta temática ocorreu pela perceção durante todas as atividades enquanto profissional, pois o acolhimento e o envolvimento da família, deve envolver um cuidado humanizado. Emerge, deste modo, “à possibilidade de interagir, de comunicar para expressar as suas dúvidas, as suas preocupações e incertezas; de encontrar respostas, um sorriso, algum sossego face às inconstâncias que experienciavam” (Mendes, 2015, p.215).

O acolhimento decorre de uma relação humanizadora, que inclui o sujeito, o seu contexto social, a ambiência, a organização do serviço e a relação entre os profissionais do serviço. O acolhimento não se restringe a um espaço ou um local, mas sim a uma postura que implica a partilha de saberes envolvendo a equipa multidisciplinar que escuta e tenta resolver os problemas do utente (Passos, Silva e Santana,2015). Verifica-se deste modo que a qualidade do trabalho que o enfermeiro realiza passa pela qualidade da relação que estabelece com o utente implicando um bom conhecimento de si próprio (Silva, Oliveira e Sousa,2006).

Segundo Ferreira & Valério (2003, p.11) “um bom acolhimento depende essencialmente da capacidade da enfermeira se colocar no lugar do doente e questionar-se: como eu gostaria que fosse se estivesse no lugar do doente”.

O referencial teórico eleito para fundamentação deste relatório foi a Teoria da Incerteza da doença de Merle Mishel (1990), a escolha da mesma deve-se ao facto de quer a minha experiência profissional, quer os contextos de estágio envolveram utentes críticos em fase aguda/crónica, onde as dúvidas, incertezas, angústias e medos são recorrentes, quer para a PSC quer para a sua família. Por isso a incerteza da doença ocorre quando os utentes são incapazes de definir o significado dos eventos relacionados com a doença (Bailey et al., 2009).

O percurso de aquisição de competências foi desenvolvido em dois contextos clínicos distintos, Serviço de Urgência (SU) e Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), a opção pela realização destes estágios em ambos os serviços, sustentou-se em ser uma realidade diferente daquela onde presentemente exerço funções, pois abrangem uma complexidade de cuidados à PSC, garantindo no acolhimento hospitalar, o envolvimento da família. Como tal, neste percurso formativo é fundamental associar os objetivos e competências do Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC) da ESEL (ESEL, 2010), as competências dos Descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação, o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (OE,2018), bem como referenciar o modelo de Dreyfus para a aquisição e desenvolvimento de competências, o qual nos remete para a importância da experiência prática conjugada com o domínio das capacidades, numa perspetiva dinâmica e evolutiva visando a qualidade dos cuidados prestados (Benner, 2001).

Uma das competências do enfermeiro especialista em enfermagem em PSC é “gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e /ou falência orgânica” (Regulamento n.º 135/2018 de 16 de Julho, p.19363). Neste sentido considero que seja primordial adquirir e desenvolver competências na área do acolhimento hospitalar, tendo como central a PSC e o envolvimento da família na intervenção especializada de enfermagem. Para Benner (1984), a competência do enfermeiro revelou-se na capacidade de executar uma tarefa tendo como foco um resultado desejável.

É primordial mobilizar recursos, no sentido de encaminhar a aprendizagem e sustentar o percurso formativo na intenção do desenvolvimento de competências. Para isso foi necessário realizar pesquisas bibliográficas e refletir sobre as situações vivenciadas de forma a contribuir para uma melhor prestação de cuidados.

Este percurso formativo visou desenvolver competências especializadas no acolhimento hospitalar da PSC, com envolvimento da família, tendo como objetivo geral: Desenvolver competências no cuidado de enfermagem especializado à PSC e família e como objetivos específicos:

- Desenvolver competências no estabelecimento da relação terapêutica à PSC e família;
- Desenvolver competências comunicacionais à PSC e família;
- Adquirir competências na contribuição para a melhoria do acolhimento da PSC e família;
- Desenvolver competências na área da prevenção e controlo de infeção à PSC e família;
- Desenvolver competências na gestão diferenciada da dor e bem-estar da PSC e família;
- Desenvolver competências na prestação e gestão dos cuidados do extra ao intra-hospitalar da PSC e família;

O presente documento tem como objetivos evidenciar a aquisição de competências de enfermeira especialista, evidenciar capacidade autocrítica e reflexiva do meu exercício profissional sobre a temática apresentada.

A metodologia utilizada na elaboração deste projeto foi a descritiva-reflexiva, com recurso a pesquisa bibliográfica e está inserida em dois capítulos. O primeiro capítulo revela o enquadramento teórico e o segundo capítulo corresponde à planificação do percurso, abrangendo os dois contextos de estágio, tais como SU e UCI.

Este trabalho rege-se pelas normas de elaboração de trabalhos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), estando a referenciação bibliográfica conforme a norma da *American Psychological Association* (APA).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O “Acolhimento Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica: Envolvimento da Família na Intervenção Especializada de Enfermagem”, emerge inicialmente no relatório de estágio de forma a apresentar determinados conceitos específicos para contextualizar a temática. Analisarei em detalhe os conceitos de: Pessoa em Situação Crítica e o Acolhimento Hospitalar à Pessoa em Situação Crítica com Envolvimento da Família.

1.1 Pessoa em Situação Crítica

A qualidade dos cuidados de enfermagem em contextos críticos tem registado avanços nos últimos anos, essencialmente devido ao investimento tecnológico.

A pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (OE,2011). Em serviços com pessoas em situação crítica, os cuidados de enfermagem, são vistos associados à tecnicidade e à agilidade dos procedimentos num ambiente cuja dinâmica impõe ações complexas, em que a finitude da vida é uma constante, gerando ansiedade, tanto no utente e família como nos enfermeiros. Assim, nestes contextos a tecnologia é uma parte integral e essencial da prática competente do enfermeiro (Benner, Kyriakidis e Stannard,2011). Desta forma, os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, são cuidados altamente qualificados, prestados continuamente à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, com o objetivo de responder às necessidades identificadas, manter as funções básicas de vida, prevenir complicações e limitar incapacidades tendo em vista a sua recuperação total (OE, 2018).

Ao atuar numa unidade crítica, o profissional de enfermagem deve demonstrar destreza, agilidade, habilidade, bem como capacidade para estabelecer prioridades e intervir de forma consciente e segura no atendimento ao ser humano, sem esquecer que, mesmo na condição de emergência, é

prioritário o cuidado e o elo de interação, integração, relação entre o profissional e utente (Baggio,M.,Callegaro,G & Erdmann,A, 2008). Assim, uma situação de emergência pode ser definida como uma alteração súbita do estado de saúde ou agravamento de uma situação de doença, que exige cuidados médicos imediatos e cujo atraso na prestação dos mesmos se torna prejudicial para o indivíduo. Situação na qual ocorrem experiências complexas e individualizadas quer para o utente, quer para a família (Mateus, 2007).

A área em cuidados críticos precisa de atenção pela sua diversidade de condições e situações, além de ser um ambiente de velocidade e desafios que necessitam de profissionais capacitados para atuarem, os aspetos legais e éticos devem ser considerados importantes e transparentes, assim como recomenda Regulamento Nº181/2015 de 16 de Setembro, o artigo 100º, menciona c) “Proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional” (OE,2015, p.8079).

1.2 Acolhimento Hospitalar à Pessoa em Situação Crítica com Envolvimento da Família

A escolha da temática surgiu de uma motivação profissional. Considero que existe compromisso no acolhimento à PSC bem como à sua família em ambiente hospitalar. Nos serviços de cuidados críticos, maioritariamente os contextos são herméticos, a falta de informação é uma realidade, acabando muitas vezes por cair no esquecimento.

O acolhimento hospitalar é um cuidado de enfermagem que engloba uma vertente relacional muito intensa. Tem como principal finalidade facilitar a adaptação do utente e dos seus familiares ao meio hospitalar. O utente é indissociável dos seus familiares pelo que estes devem ser envolvidos no processo de acolhimento (Cardoso & Pinto 2002), garantindo que este não ocorre apenas na admissão uma vez que segundo Ferreira e Valério (2003), o acolhimento é muito mais que um simples ato inicial de admissão do doente num serviço.

A humanização dos cuidados começa com o acolhimento dos utentes, e é fundamental que seja adquirido como um cuidado de enfermagem, pois é importante que o tempo que permanecemos junto do utente seja utilizado com qualidade.

Os enfermeiros devem ter uma abordagem holística nos cuidados e deve envolver o utente e a família, fundamentalmente em momentos de incerteza, como é o caso da vivência do acompanhamento familiar num serviço de cuidados críticos, com todas as particularidades que lhe estão associadas. Para os utentes e familiares, a hospitalização é um acontecimento stressante e singular uma vez que emergem aqui outros fatores tais como o risco de morte, a incerteza do tratamento, o medo do insucesso, a ansiedade, a tristeza, o sofrimento, a impotência e muitas vezes a separação da família neste processo. Neste sentido é importante a realização de um acolhimento efetivo criando assim de imediato uma relação entre o profissional de saúde e o utente (Passos, Silva & Santana, 2015).

Acolher implica a escuta, significa tentar compreender o que o indivíduo diz – o que se traduz em saber ouvir. O ato de acolher e de ouvir cria uma relação entre os envolvidos no processo, que precisam interagir entre si, visando o engajamento necessário para a concretização do verdadeiro ato de cuidar (Passos, Silva e Santana, 2015, p.369).

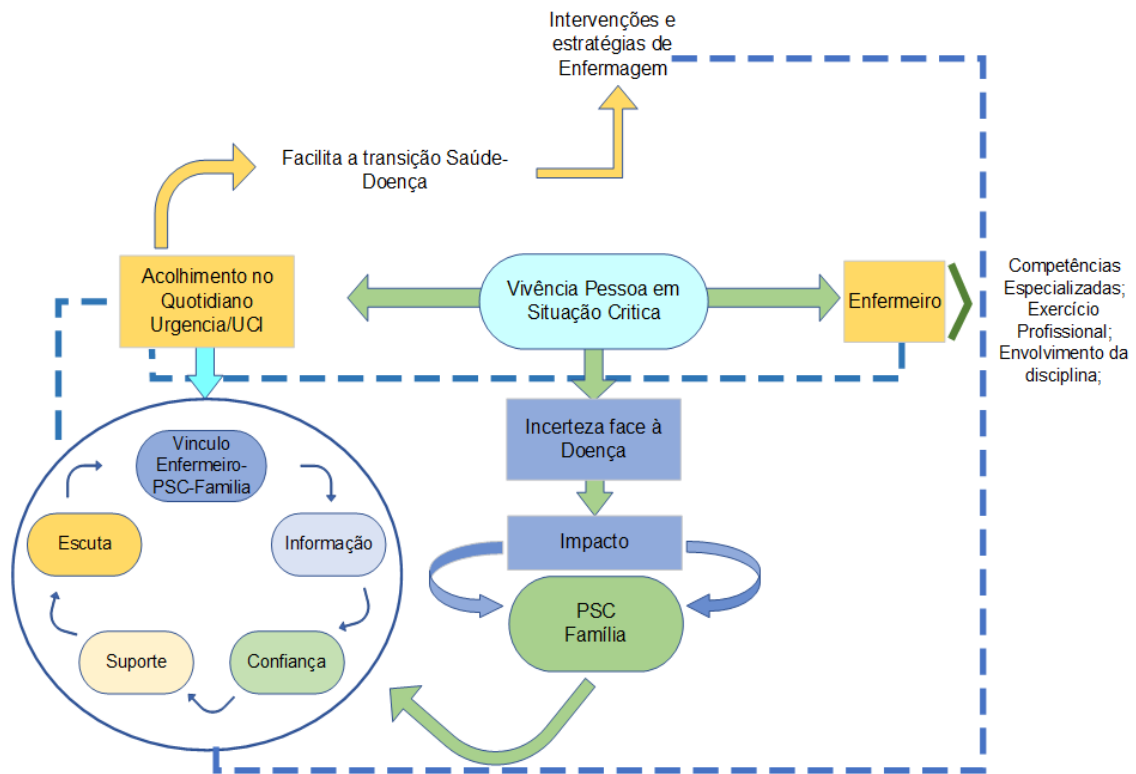
Entende-se por acolhimento o período que vai da admissão do utente e família ao internamento, até ao momento em que regressa a casa, incluindo o *follow up* (Schneider & Albuquerque, 2008). Assume-se que o acolhimento não se restringe à entrada do utente no serviço, mas a toda a continuidade de cuidados até ao *follow up*.

Na vivência quotidiana “a doença é um assunto de família, contudo é frequente a constatação de que as necessidades das famílias são descuradas quando o seu familiar é admitido no hospital, particularmente em unidades de cuidados de alta complexidade” (Mendes, 2015, p. 9), por isso, “muitas das equipas de enfermagem que prestam cuidados a este tipo de doentes defendem que o enfermeiro deve incluir no seu plano de cuidados a família” (Oliveira, 2010).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, a família é conceptualizada como “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados um sistema que é maior do que a soma das partes” (CIPE, 2011, p.115).

As necessidades da família têm sido estudadas ao longo do tempo. É prioritário que num SU, bem como nas UCI a atuação dos enfermeiros não descuide a atenção aos familiares, no que diz respeito às informações relacionadas com o doente, e com o papel que o familiar desempenha (Liberado, 2004), por isso é necessário estar atento às mudanças que ocorrem no seio familiar de forma a saberem gerir a incerteza da doença, “todo o processo de vida, que envolve o contexto de internamento, mas também tudo o que lhe é externo” (Mendes, 2015, p.36). Segundo a autora todo este processo pode tornar-se “marcante quando a situação se apresenta de um modo súbito, não reservando tempo de preparação ou adaptação” (Mendes, 2015, p.13).

Figura 1. Mapeamento de Conceitos



2. TEORIA DA INCERTEZA DA DOENÇA DE MERLE MISHEL

Os momentos de stress máximo, vivido por cada indivíduo da família decorre das transições vivenciadas, quer estas sejam situacionais, desenvolvimento, saúde-doença ou organizacionais (Mendes, 2015).

Associadas à doença, surgem problemas e preocupações relacionadas com desconforto, dúvidas e ansiedade, desta forma, “Uncertainty is discussed in the form of ambiguous and unpredictable, symptoms, probable results of treatment, fluctuating course of symptom remissions and exacerbations, incomplete diagnosis, unclear explanations, lack of information, and unclear feedback concerning progress toward health” (Mishel, 1981, p.258).

Como referido anteriormente o referencial teórico eleito para fundamentação deste trabalho foi a Teoria da Incerteza da doença de Merle Mishel (1990). Considerei ser esta teórica a mais adequada perante o tipo de situações que recorrem ao SU e UCI. A teoria de Merle Mishel foi desenvolvida para abordar a incerteza nas diferentes fases de diagnóstico e tratamentos de uma doença aguda e crónica. Segundo Mishel e Clayton a incerteza é definida como a “incapacidade de determinar o significado dos eventos relacionados com a doença”, e ocorre quando “o tomador de decisão não é capaz de atribuir valor ao evento” (2008, p.55).

A teoria explica como os utentes e família constroem significado para os eventos da doença, com a incerteza, indicando a ausência de significado, assim, “According to the theory, uncertainty is generated when components of illness, treatment-related stimuli, and illness-related events have the characteristics of complexity, inconsistency, randomness, unpredictability, and a lack of information in situations that are important to the person” (Germino et al., 2013, p.82).

Um modelo da teoria da incerteza que exhibe os conceitos e os relacionamentos forma a base para o material teórico e empírico. A discussão da teoria é organizada em três temas principais: os antecedentes da incerteza, o processo de avaliação da incerteza e o confronto da incerteza. Incerteza é definida como a incapacidade de determinar o significado dos eventos relacionados à doença, é o estado cognitivo criado quando o utente não consegue estruturar ou categorizar adequadamente um evento devido à falta de

pistas suficientes (Mishel,2003). Os antecedentes de incerteza dependem da forma e da capacidade, de como o utente percebe e processa a informação que detém, da familiaridade dos eventos e dos recursos disponíveis para ajudá-lo na sua interpretação, a avaliação da incerteza acontece quando o utente/família sente ameaça ou risco de obter um resultado negativo, ou é vista como uma oportunidade fruto da ilusão, alimentada de esperanças. O processo de avaliação da incerteza diz respeito à forma que o indivíduo classifica a incerteza, podendo ser vista como perigo ou oportunidade. Avaliada como perigo, quando o indivíduo se sente ameaçado por um resultado negativo. Porém, quando vista como uma oportunidade, é resultante da contínua alimentação das esperanças do indivíduo apesar da incerteza (Mishel,2003).

O confronto da incerteza tem como resultado final a adaptação. Quando avaliada como perigo, duas estratégias são utilizadas, as estratégias de mobilização, na qual o indivíduo procura enfrentar por meio da observação dos acontecimentos, da procura de informações, a fim de esclarecer as suas dúvidas, do controle dos medos mediante o uso da fé e do apoio social do grupo que o rodeia. Se a incerteza é vista como oportunidade então são utilizadas estratégias de ignorância, reordenação e neutralização (Mishel & Clayton 2008). Assim, viver com a incerteza sobre o futuro faz com que as pessoas sejam motivadas a fazer e aproveitar o máximo de cada dia (Lin, Yeh, & Mishel, 2010).

Por vezes são inúmeros os dilemas e incertezas dos profissionais de enfermagem sobre o que fazer com a informação, em que momento e que tipo de esclarecimento deve ser adotado à PSC e à sua família.

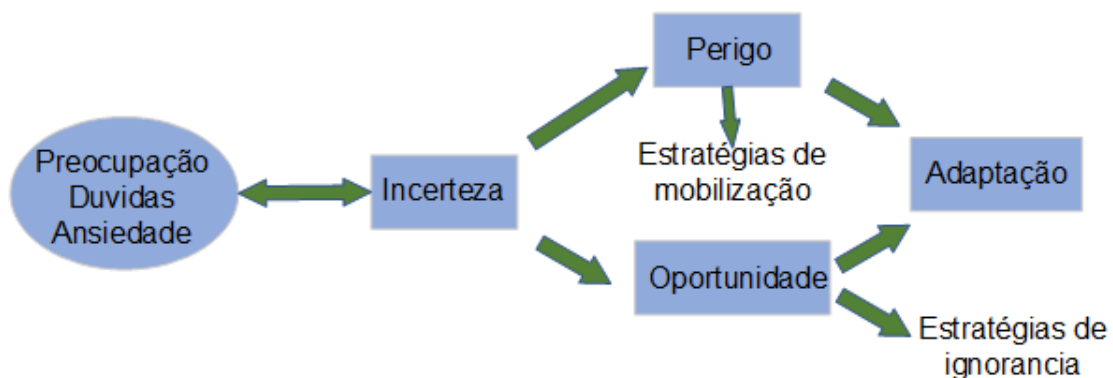
Segundo Mishel & Clayton (2008), a incerteza surge também devido à falta ou superabundância de informação, ou informações complexas ou existência de conflito de informações. É primordial que a PSC perante a doença consiga identificar e superar os problemas. O apoio de familiares e dos profissionais de saúde pode exercer efeito direto sobre a incerteza.

Quando o utente tem acesso à informação, o conhecimento é melhorado e a capacidade de distinguir entre incerteza e certeza, gera um conhecimento exato, acabando por haver um envolvimento na entrevista da tomada de decisão sobre o tratamento a seguir (Mishel et al, 2005).

As estratégias adotadas de oferecer panfletos, fichas de informação que explicam a causa e a prevalência da doença, bem como opções de tratamento e sessões de educação para utentes e famílias são importantes para diminuir a

incerteza (Kang, Y.2006). Assim, Mishel e Clayton (2008, p.72) referem que “compreender as fontes de incerteza do doente, pode ajudar os enfermeiros a planejar a forma de dar informação eficaz e pode contribuir em muito para ajudarem os doentes a controlar ou reduzir a sua incerteza”. Desta forma, a atuação do enfermeiro nestes momentos é crucial, este deverá obter conhecimentos e desenvolver capacidades no sentido de fornecer as informações de suporte e usar abordagens apropriadas que reduzam o nível de incerteza, no sentido de transformar este processo de mudança conduzindo-o para uma oportunidade.

Figura 2. Mapeamento de conceitos da Teoria da Incerteza da Doença de Merle Mishel



3. ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO

A aquisição de competências do enfermeiro especialista à PSC baseia-se na evolução de conhecimentos teóricos baseados na evidência científica impulsionados para a prática.

Segundo Benner (2001), o enfermeiro especialista passa por cinco níveis: iniciado, avançado, competente, proficiente e o perito. Apresentam-se através de vários níveis demonstrando as alterações que vão surgindo durante o processo de aquisição de competências, desta forma o enfermeiro especialista segundo o REPE, (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros) é descrito como “enfermeiro habilitado com curso de especialização em enfermagem (...) que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialização” (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro).

Para a escolha dos locais de estágio foi importante realizar visitas a campo. A existência de peritos na área foi uma mais-valia na compreensão e decisão dos locais para o desenvolvimento e alcance da temática, de forma a adquirir um leque de competências dando especial enfoque aos cuidados à PSC.

O estágio foi realizado durante o período compreendido entre dia 1 de Outubro de 2018 a dia 12 de Fevereiro de 2019 em dois contextos de estágio, Serviço de Urgência Geral e Unidade Cuidados Intensivos Cirúrgicos. Este percurso formativo visou desenvolver competências especializadas no acolhimento hospitalar da PSC, com envolvimento da família, tendo como objetivo geral: Desenvolver competências no cuidado de enfermagem especializado à PSC e família, e como objetivos específicos:

Objetivo 1: Desenvolver competências no estabelecimento da relação terapêutica à PSC e família

O primeiro período de estágio teve início no SU, o primeiro dia começou com a perceção da dinâmica e funcionamento do serviço, conhecendo e articulando os protocolos institucionais. Inicialmente a adaptação foi difícil, existiam protocolos

e atuações diferentes, no entanto a receptividade da equipa multidisciplinar foi positiva tornando esse sentimento colmatado, tornando a restante integração de forma fluida.

Durante o estágio em SU, a prestação de cuidados especializados à PSC e família centrou-se essencialmente em Sector Amarelos, Laranjas e Sala de Reanimação. Foi-me dada a oportunidade de realizar todos os turnos em Sala de Reanimação, dando continuidade dos cuidados a esses mesmos doentes críticos, em Sala de Observação, (SO), permitindo assim alcançar e envolver-me na organização do circuito da PSC tendo em conta o seu nível de prioridade. Aqui foi necessário mobilizar os diversos conhecimentos adquiridos ao longo do Curso de Mestrado de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC), nomeadamente os conhecimentos adquiridos durante os Cursos de ATCN (*Advanced Trauma Care for Nurses*) e Suporte Avançado Vida (SAV) (já realizado anteriormente na instituição onde trabalho), de forma a realizar uma avaliação sistematizada da PSC.

Primeiramente é essencial referir a realização de vários momentos no setor de triagem (Triagem de Manchester), “o método de triagem fornece ao profissional não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas” (Grupo Português Triagem). É um sector de extrema relevância, pois requer do enfermeiro uma competência de juízo clínico, gestão de prioridades e segurança da PSC.

Ao contrário da instituição onde exerço funções, neste SU, existe um enfermeiro destacado apenas para a prestação de cuidados ao doente em sala de reanimação, desta forma a OE, destaca um Parecer Nº14/2018, salientando a importância da alocação do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica na sala de reanimação, evidenciado a “Necessidade de existir um enfermeiro escalado exclusivamente para o atendimento ao doente admitido na sala de reanimação” (...) “ao invés de ter alocadas outras responsabilidades noutros sectores de atendimento” (OE,2018).

O contacto com o protocolo/ativação das Vias Verdes existentes no serviço foram uma mais-valia para o processo de aquisição de competências. Participar nas mesmas teve um impacto benéfico no sentido de contribuir para uma satisfatória prestação de cuidados. Neste local de estágio, para além das Vias Verdes existentes de acordo com o (despacho Nº10319/2014), também implementaram o protocolo intra-hospitalar Via Verde Colo do Fémur, que se

traduz numa abordagem rápida e sistematizada aquando a chegada de um doente ao SU com queixa de traumatismo em que envolva suspeita de fratura do fémur, tendo posteriormente uma avaliação rápida pela Especialidade de Ortopedia, reduzindo o tempo de primeira observação e de episódio de urgência promovendo *outcomes* favoráveis no tratamento da lesão. Para além da atuação das várias Vias Verdes, também foi importante a participação em situações de abordagem ao doente em PCR, Politraumatizado, Choque Séptico, Cardiogénico e Neurogénico.

Foi proposto pelo Sr. Enfermeiro Orientador a análise de atuais artigos sobre temáticas em contexto crítico, o “*A Randomized Trial of Epinephrine in Out-of-Hospital Cardiac Arrest*” (Perkins,2018) ^{Apêndice2}, e sobre as novas *guidelines* do Choque Hemorrágico (Cannon,2018) ^{Apêndice4}, tornando-se importante desenvolver competências em investigação, nomeadamente na apreciação dos resultados com posterior apresentação em serviço.

Em cuidados intensivos, a doença e o internamento, provoca no familiar um processo de desequilíbrio emocional caracterizado por encontrar-se com altos níveis de ansiedade e medo, mais vulnerável à desestruturação familiar e com dificuldades em lidar com situações que comportem risco vital para o seu doente. A promoção da participação do familiar como elo de ligação entre o doente e a equipa de cuidados abrem novos caminhos para uma abordagem centrada no doente e família.

O Ministério da Saúde (2003), afirma que os serviços de cuidados intensivos são compreendidos como “locais qualificados para assumir responsabilidade pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (p.6).

A integração e a adaptação no serviço decorreram de uma forma gradual e positiva, embora tenha sentido inicialmente dificuldades referentes à organização da dinâmica e funcional do serviço, pois nunca tinha experienciado anteriormente a UCI em contexto de estágio de licenciatura. Deste modo Benner (2001), afirma que os enfermeiros com nível superior de competência numa dada área podem ser classificados como principiantes quando exposta a uma situação desconhecida. Embora não tivesse experiência na prestação de cuidados em UCI, as dificuldades superaram-se com o acolhimento por parte da equipa multidisciplinar, com a consulta de documentos, normas e procedimentos

utilizados em UCI de forma a sustentar intervenções de enfermagem autônomas e especializadas.

O envolvimento em todas as situações de instabilidade hemodinâmica neste estágio em UCI, permitiu-me colaborar na prestação de cuidados à PSC do foro médico com diagnósticos de Sepsis, Patologia Cardíaca, Pneumonia Grave por vírus Influenza A H1N1, em que adquiri e desenvolvi cuidados especializados à pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva, Insuficiência Renal Aguda em que obtive conhecimentos sobre técnicas dialíticas nomeadamente Hemodiafiltração Venovenosa Contínua (HFVVC) e competências nos cuidados à pessoa com compromisso da função neurológica, nomeadamente na monitorização da pressão intracraniana. Em relação ao foro cirúrgico alcancei competências à pessoa politraumatizada e à pessoa submetida a intervenção cirúrgica.

A oportunidade de ter enfermeiros orientadores com funções de chefia acabou por facilitar a compreensão, clarificação e ajuda na gestão e prestação dos cuidados, fomentando a conquista da competência de “gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional” (ESEL, 2010).

As chefias/lideranças dos vários serviços têm o desafio de gerir e coordenar as capacidades e os conhecimentos de todos os colaboradores de modo a que sejam alcançados os objetivos estabelecidos para os respetivos serviços, no sentido de otimizar os propósitos da organização.

O papel do líder é fundamental na criação de um ambiente de confiança, pois são eles os responsáveis pela melhoria do desempenho, desenvolvendo, implementando e monitorizando a gestão do serviço. Cabe a eles a responsabilidade de garantir a qualidade dos cuidados que são prestados, devendo motivar e alertar a equipa para uma prática de enfermagem de qualidade, estando atento às necessidades do utente para que os cuidados de enfermagem recebidos sejam de qualidade, garantindo a sua satisfação.

Liderar em enfermagem é, “(...) saber conduzir, organizando o trabalho de equipa, visando um atendimento eficiente, pois o líder é o ponto de apoio da equipa, quer na educação ou na coordenação do serviço, estimulando a equipa para desenvolver plenamente o seu potencial, o que interferirá diretamente na qualidade da assistência (...)” (Gelbcke, 2008, p.137).

A assistência de resposta a situações de catástrofe não existiu, no entanto, para atingir esta competência surgiu a necessidade de consulta dos protocolos/planos de catástrofe de ambos os serviços de forma a adquirir competência específica articulando dúvidas com o enfermeiro orientador.

- Prestei cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica (Identifiquei prontamente focos de instabilidade; Respondi antecipatóriamente a focos de instabilidade; Executei cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica; Demonstrei conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma);
- Mobilizei com rigor os dados dos relatórios de investigação;
- Geri os cuidados, otimizando a resposta em articulação com a equipa multiprofissional;
- Consultei protocolos de catástrofe, adquirindo competência para uma possível situação de catástrofe ou emergência.

(ESEL,2010) (OE,2018)

Objetivo 2: Desenvolver competências comunicacionais à PSC e família

A comunicação e as relações interpessoais assumem um papel crítico nos cuidados de saúde, com importante influência nos resultados de saúde.

O processo de comunicação é um instrumento básico dos cuidados de enfermagem, e sendo o cerne das relações humanas, é um fator determinante na construção de uma relação terapêutica que permite aceder com dignidade a todas as dimensões da pessoa/família durante o processo de cuidados, tal como refere (Rosenheir, Lunardi e Filho, 2008). A competência de comunicar é a capacidade de demonstrar conhecimentos acerca de comportamentos adequados a diferentes situações (Riley,2004).

Durante o estágio usufrui de uma situação particular em que foram desenvolvidas amplamente as diversas competências comunicacionais à PSC e família. Uma família ansiosa, com labilidade emocional e com incertezas do futuro em relação à transição saúde-doença do seu familiar. Deste modo a incerteza é definida como um estado cognitivo que ocorre em situações em que o tomador da decisão é incapaz de atribuir valores definitivos para

eventos/objetos ou é incapaz de prever os resultados com precisão (Mishel, M. 2003).

Na prática clínica o enfermeiro pode ser uma grande influência na satisfação das necessidades da família. A necessidade mais importante a ser satisfeita relaciona-se com oferecer informação verídica e uniformizada sobre o estado do doente. O familiar do utente procedente do SU, atribui mais importância à necessidade de informação pela gravidade do diagnóstico ou pela juventude dos utentes.

Nos últimos anos têm sido detetados muitos problemas e queixas dos utentes, familiares e acompanhantes, devido a informação reduzida ou incompreensível sobre o tratamento e cuidados prestados (Liberado,2004). De forma a dar resposta à necessidade daquela família e após discussão sobre a situação com o Sr. Enfermeiro Orientador, existiu a possibilidade de atuar de forma a cuidar daquela família bem como da PSC. Com efeito, o acolhimento das famílias das pessoas internadas em hospitais e a promoção de práticas que incluam os membros das famílias demonstram que desde o início da enfermagem sempre houve a preocupação em incluir a família como foco de atenção dos cuidados (Figueiredo,2012).

Para Sampaio e Gameiro (1981), família são “elementos não só ligados por traços biológicos, mas, que são significativos no contexto relacional do indivíduo” p.11.

Existem momentos de mudança e geradores de *stress*, que desencadeiam situações de crise. Estas são experienciadas pela família como ameaçadoras, não só pelas características de imprevisibilidade, mas também pela exigência da alteração e rutura do equilíbrio e dinâmica familiar (Relvas, 1996).

Após a autorização para atuar nesta situação com a família e com a utente, primeiramente e antes de encaminhar a família para junto do familiar, decidimos reunir para questionar sobre dúvidas, incertezas e necessidades, uma vez que Maruiti e Galdeano (2007), defendem que a falta de informação ocasiona incerteza e ansiedade no familiar.

Com o objetivo de diminuir a ansiedade e a incerteza do familiar, o enfermeiro pode desenvolver diferentes estratégias comunicacionais. Neste sentido, torna-se imperativo mostrar-se disponível para iniciar uma relação terapêutica eficaz com base na empatia e na confiança de modo a incentivar e

motivar os familiares a colocarem todas as suas dúvidas, de forma a satisfazer a necessidade de informação.

Ajudar a PSC a interpretar corretamente os sintomas e compreender a eficácia do tratamento pode modificar e reduzir a incerteza. As intervenções de enfermagem devem ser implementadas desde o primeiro encontro/visita. Ao realizar as intervenções os enfermeiros devem concentrar-se em diminuir a incerteza da PSC sobre o seu estado de doença e também dar a conhecer as percepções que o tratamento muitas das vezes pode ser complexo (Mishel, M & Clayton, M. 2008).

Segundo a Lei n.º 33/2009, de 14 de Julho, o artigo 12.º explicita o direito ao acompanhamento. Nos serviços de urgência do SNS, a todos é reconhecido e garantido o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão pelo serviço. Segundo o Artigo 15.º, os Direitos e deveres do acompanhante, em que o acompanhante tem direito a ser informado adequadamente e em tempo razoável sobre a situação do doente, nas diferentes fases do atendimento, com as seguintes exceções: a) Indicação expressa em contrário do doente; b) Matéria reservada por segredo clínico. O acompanhante deve comportar-se com urbanidade e respeitar e acatar as instruções e indicações, devidamente fundamentadas, dos profissionais de serviço. No caso de violação do dever de urbanidade, desobediência ou desrespeito, os serviços podem impedir o acompanhante de permanecer junto do doente e determinar a sua saída do serviço, podendo ser, em sua substituição, indicado outro acompanhante nos termos do n.º 1 do artigo.

Após algumas horas a acompanhar a PSC e a sua família, a mesma referiu previsão de uma visão futura de morte da utente, agradecendo todo o acompanhamento e acolhimento prestado por mim nesta vivência que decorreu inesperadamente para esta família. Morrer constitui a crise mais radical que o Homem tem que enfrentar. O Homem como ser vivo, é na realidade o único animal que sabe que um dia irá morrer. A morte é uma realidade, e há que assumi-la (Martins, Franco e Fernandes, 2004).

Ser enfermeiro também é relacionar-se em todas as dimensões do ser, é estar atento às necessidades da pessoa numa visão holística, com o propósito de melhorar o seu bem-estar bem como o seu sentido de vida, aplicando assim a dimensão da espiritualidade. Este é um desafio diário e constante no trabalho de quem cuida, pois é neste campo do saber que se encontram a individualidade

e complexidade de cada pessoa, mesmo que a patologia, anatomia, tratamentos e técnicas sejam comuns.

Decidi relatar esta situação em jornal de aprendizagem efetuado em contexto de trabalhos propostos do estágio, visto ser um acontecimento que ocorre diariamente.

Segundo o Regulamento N°181/2015 de 16 de Setembro, o artigo 110º alínea a) menciona “Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” (OE, 2015, p.8104). É neste sentido que é tão importante estabelecer competências, no que diz respeito a: “Prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; Assiste a pessoa/família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica; Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde” (OE, 2018). Dado ser a temática em estudo, aproveitei a oportunidade para desenvolver objetivos/ competências a que me propus no início deste estágio.

Em **UCI**, a PSC necessita maioritariamente de ventilação mecânica invasiva, monitorização hemodinâmica/terapêutica de forma e manter a estabilidade vital e promover a recuperação. Muitos dos doentes têm necessidade de várias perfusões nomeadamente sedo-analgésica, pelo que o seu estado de consciência está comprometido. Quando estes parâmetros de sedação diminuem ou deixam de ser necessárias, a PSC vivência e percebe um ambiente estranho, pessoas estranhas, muitas das vezes sem lembranças do que aconteceu anteriormente a esta condição clínica. Ficam ansiosos, agitados, confusos, inseguros e com dificuldade em comunicar, muitas vezes devido a presença de um tubo endotraqueal ou por presença de traqueostomia.

As competências de comunicação podem ser conceitos subjetivos e, por isso, a sua sustentação e implementação na prática requer o uso adequado de estratégias de comunicação (Silva & Araújo, 2012).

O enfermeiro especialista tem que demonstrar capacidade de possibilitar a estratégia adequada para melhorar a qualidade de vida daquele utente, deste modo, Schuster & Nykolyn (2010) acrescentam que as estratégias de comunicação que contribuem para a humanização dos cuidados à pessoa em estado crítico são: o contato visual, a saudação, o toque, os gestos de

expressão, os quadros de letras, o quadro negro, a escrita com papel e lápis, computador, brinquedos, a escuta ativa, as reafirmações verbais de solicitude, o uso de perguntas abertas, o carinho, o conforto, o diálogo, o uso terapêutico do humor, a abertura, a confiança e o acolhimento. A utilização de estratégias de comunicação pode reduzir o *stress*, promover o conforto e melhorar a qualidade de vida da pessoa/família bem como dos enfermeiros.

Desta experiência alcancei competências no estabelecimento da relação terapêutica à PSC e família, competências comunicacionais e contribui para a melhoria do acolhimento da PSC. Como referi anteriormente comunicar uma má notícia é sempre um acontecimento devastador para o familiar que está do outro lado e que carrega com o impacto da notícia.

Contudo, para Abreu (2007), a realização de um pensamento reflexivo por parte do enfermeiro em qualquer situação de cuidados, passa por descrever a situação, referir os pensamentos e sentimentos perante determinada situação, posteriormente, avalia e analisa que intervenções de enfermagem foram ou poderão ser realizadas perante determinada situação, por último conclui o que realmente foi feito ou poderia ter sido feito e, planeia a sua ação futura, tendo em conta o que refletiu de forma mais estruturada.

- Geri a comunicação interpessoal fundamentando a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde (Demonstra conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica; Demonstrei conhecimentos nas várias estratégias facilitadoras da comunicação “barreiras à comunicação”;
- Adaptei a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica)
- Selecionei e utilizei de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda à pessoa, família/cuidador em situação crítica;
- Assisti à pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica (Demonstra conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto).

(ESEL,2010) (OE,2018)

Objetivo 3: Adquirir competências na contribuição para a melhoria do acolhimento da PSC e família

O acolhimento realizado quer ao doente quer à família é um instrumento fundamental para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem (Marciso,2009).

A hospitalização é por norma um acontecimento stressante, quer para o utente quer para a família, e no caso específico da PSC ainda de maior intensidade, pois é um invento inesperado, conducente à vivência de momentos de incerteza e receio, presença de fatores como o risco de morte, incerteza do tratamento, medo do insucesso, ansiedade, tristeza, sofrimento, impotência e muitas vezes a separação da família neste processo (Passos, Silva & Santana,2015).

Incerteza sobre o que vai acontecer, quais são as consequências de um evento e o que o evento significa são importantes para uma pessoa com alguma doença (Mishel, M. 1988).

No sentido de desenvolver as competências da relação terapêutica interpessoal e atenuar o sentimento da incerteza da doença, cooperei no procedimento do acolhimento da PSC e família, preparando ambos para a hospitalização. Uma das dificuldades sentidas foram os poucos momentos com a família, muitas vezes devido à inexistência de visitas. O período de visitas mantém-se protocolado em dois momentos durante o dia, o primeiro é das 12h00m às 12h30m e o segundo das 18h30m às 19h00, a visita em SO é proporcionado apenas a uma pessoa por doente.

Perante o que pude observar, nas diversas experiências vivenciadas, constatei que a equipa necessitava de adquirir estratégias de comunicação com a família bem com a PSC, de forma a efetivar um acolhimento sólido. Neste sentido, preocupei-me em promover o acolhimento e a atualização de competências teóricas e técnicas aos vários elementos da equipa, através de uma sessão de formação realizada em estágio sobre a abordagem à família no SU^{Apêndice3}. Os enfermeiros necessitam de criar estratégias de comunicação no processo de cuidados à pessoa e à sua família, pois a comunicação é uma ferramenta que visa a melhoria, a mudança e a excelência dos cuidados de enfermagem, assim como a expressão de emoções e sentimentos (Camelo, 2012).

Uma necessidade sentida por toda equipa do SU foi executar o acolhimento à PSC na Sala de Reanimação, envolvendo a família. Sendo uma temática de interesse por parte do Sr. Enfermeiro Orientador e por parte da chefia do serviço, houve a necessidade de realizar pesquisas bibliográficas e análise de artigos sobre a temática para a realização de uma formação em serviço.

A prática de permitir que os membros da família estejam presentes durante procedimentos invasivos é um tema que tem sido discutido nas últimas décadas. Com a ascensão do cuidado centrado na família, as políticas mudaram, incluindo a presença da família na sala de reanimação (Guzzeta,C,2016). Segundo Meyers et al (2000), a maioria dos utentes deseja que os familiares estejam presentes, pois sentem-se confortados e acompanhados. Por sua vez, os membros da família acreditam que é importante estar presente durante os procedimentos.

O enfermeiro deve procurar informar sobre o que esperar antes de entrar na sala de reanimação; fornecer informações sobre procedimentos; responder com sinceridade e realismo; manter um ambiente seguro; avaliar o estado emocional e físico do familiar, acompanhar o membro da família se ele desejar deixar a sala, continuando a colaborar com a equipa de reanimação (Fulbrook, P et al,2007). Neste sentido a Lei nº 106/2009 de 14 de Setembro, consagra no seu artigo 5º que: “Os profissionais de saúde devem prestar ao acompanhante a conveniente informação e orientação para que este possa, se assim o entender, sob a supervisão daqueles, colaborar na prestação de cuidados à pessoa internada”.

Participar no III Congresso da Secção Regional do Sul, que se realizou nos dias 5 e 6 de Dezembro de 2018, foi relevante para sustentar a importância do acolhimento na Sala de Reanimação com o debate em mesa redonda sobre a temática “ A presença da família na Sala de Emergência”.^{Anexo2} Para Benner (2001), o enfermeiro é perito pelas competências desenvolvidas, revelando um pensamento estruturado e desenvolvido, que contribui decisivamente para as intervenções que o enfermeiro deve adotar nestas situações.

Várias organizações profissionais americanas e internacionais, recomendam que as instituições de saúde desenvolvam políticas e procedimentos que defendam a presença da família durante a reanimação. Em Portugal, embora

existam, não se encontram protocolos definidos, ficando esta decisão ao critério da equipa (*Emergency Nurses Association*, 2009).

A presença de familiares na sala de reanimação é uma nova realidade, que deverá ser alvo de grandes mudanças por parte das instituições de saúde, as quais deverão começar a formar os seus profissionais tendo por base a evidência existente, acompanhando a evolução de outros países.

Para fomentar a temática a que me proponho neste relatório, realizei uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) com o objetivo de compreender as intervenções/estratégias utilizadas pelos enfermeiros sobre o acolhimento à PSC no Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos, desta forma cumpro com os objetivos e competências do CMEPSC, tendo alcançado, “Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional”, “Selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão” (ESEL, 2010, p.1).

Na **UCI**, participei ativamente no acolhimento à PSC com envolvimento da família. O momento de visita é regulamentado em dois momentos de meia hora cada um durante o período diurno.

É durante as visitas que o familiar ou pessoa de referência é informada do motivo de internamento, plano de cuidados previsto para a PSC, organização e normas do serviço, de realçar também a importância das normas de prevenção e controlo de infeção. Deste modo, não é suficiente permitir a entrada da família na UCI, é necessário prepará-la e acompanhá-la durante a visita, identificando e esclarecendo dúvidas, comportamentos e sentimentos, por isso é indispensável o relacionamento entre a PSC, família e equipa da UCI, promovendo a participação do processo terapêutico.

Durante o período de estágio, o Sr. Enfermeiro orientador integrou um projeto sobre o acolhimento hospitalar em UCI. Participei na promoção da entrega de questionários aos familiares, com o principal objetivo, o encontro das necessidades dos familiares do doente crítico, para sugestões de melhoria e posterior implementação de novas normas introduzidas no serviço. No decorrer da visita e da entrega de questionários era o momento de disponibilidade oferecida para o esclarecimento de dúvidas, preparando a família para uma visão geral do que poderia observar, explicando qual a finalidade dos equipamentos, dos alarmes, dos dispositivos, os procedimentos e as intervenções efetuadas de enfermagem. Também era o momento de estar próximo da pessoa doente, “ o

período de visita era entendido como um regresso a casa, onde se encontravam, onde permitiam ao doente sentir-se parte de alguém, era sentido como um momento bom para ambos” (Mendes.A,2015,p.132).

Presenciei no III Congresso da Secção Regional do Sul enquanto coautora do poster “O Cuidado Centrado Na Família Da Pessoa Em Situação Crítica Na Unidade De Cuidados Intensivos: Intervenção Do Enfermeiro Perito” Apêndice 5.

A participação constituiu excelentes momentos de aprendizagem desenvolvendo as diversas competências do acolhimento à PSC e família.

Existia uma necessidade na equipa de enfermagem /serviço que foi discutida durante o período de estágio que consistia na realização de um protocolo para a realização de uma consulta de follow-up.

A finalidade desta consulta era garantir a continuidade de cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e família após alta da Unidade Cuidados Intensivos, tendo como objetivo geral, assegurar o acompanhamento de enfermagem ao doente e família no seu processo de readaptação funcional após o internamento na UCI, e como objetivos específicos: Estabelecer uma relação de ajuda com o utente e família neste processo de readaptação; Despistar sinais e sintomas secundários ao internamento em UCI; Monitorizar o cumprimento da terapêutica e manter o envolvimento da família no processo de cuidados;

Associado aos sucessos dos cuidados críticos modernos, surgem atualmente crescentes evidências científicas que revelam efeitos colaterais nos utentes e nos seus familiares após o internamento na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

Durante o internamento a equipa multiprofissional deve preparar a pessoa e a família para as necessidades que vão surgir após a alta hospitalar, sendo importante o acompanhamento após a alta, para facilitar e otimizar a recuperação (Svenningsen, Langhorn, Ågård, e Dreyer,2015). Deste modo a realização da consulta de follow-up é importante para a resolução de problemas identificados ao longo da recuperação e possibilita a compreensão das sequelas causadas pela experiência em UCI (Farley, Eastwood e Bellomo,2016).

Uma consulta de enfermagem “é uma atividade sistematizada que envolve uma relação entre enfermeiro/utente, voltada para a identificação, resolução e/ou atenuação de problemas com base nas necessidades de saúde e nas condições/situação vivenciada pelo utente” (Santoro e Tavares,1999).

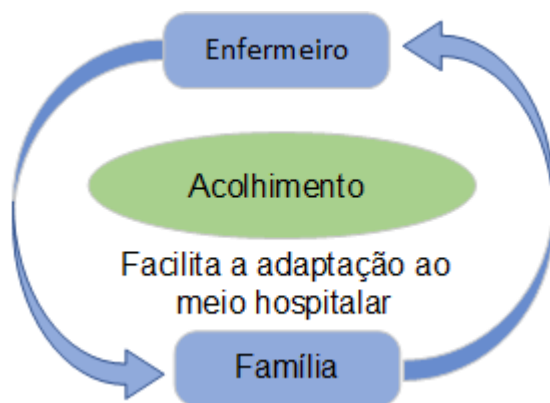
Segundo os autores, referem que é importante avaliar a percepção da pessoa e família, de modo a compreender as suas necessidades e as intervenções de enfermagem que influenciaram positivamente a sua recuperação (Cluckey,Weyant,Roberts e Henderson,2014).

Desde 2012 que surgiu o termo PICS (*post-intensive care syndrome*), em que descreve limitações a nível físico, cognitivo ou mental, decorrentes da situação crítica de doença e que persistem para além da hospitalização nos cuidados agudos. Este termo foi também adaptado e aplicado aos membros da família.

Para além de permitir compreender a perspetiva da PSC e família sobre a experiência do internamento e dar suporte após a alta, a consulta de follow-up possibilita a integração dos resultados obtidos na prática de cuidados através da formação de pares, contribuindo para a correção de práticas, para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e consequentemente, dos resultados em saúde, deste modo, a sessão de formação foi realizada no serviço da UCIC bem como as orientações gerais para o protocolo da consulta de Follow-Up

Apêndice 6/7.

Figura 3. Acolhimento como adaptação ao meio hospitalar



- Gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica (Seleciona e utiliza de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda à pessoa, família/cuidador em situação crítica).
- Assistir a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica (Demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica).

(ESEL,2010) (OE,2018)

Objetivo 4: Desenvolver competências na área da prevenção e controlo de infeção à PSC e família

A definição e categorização do conceito de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) têm sofrido uma evolução ao longo do tempo, não sendo consensual a sua utilização para se referir a todas as infeções que surgem no decorrer da prestação de cuidados de saúde. De acordo com Campos *et al* (2016), a IACS define-se:

(...) como uma condição sistémica ou localizada resultante de uma reação adversa à presença de um agente (ou agentes) infeccioso ou da sua toxina (ou toxinas), que não estava presente ou em incubação no momento da admissão hospitalar e que ocorre após as primeiras 48h de admissão (Campos *et al*, 2016, p.8).

Segundo os autores supracitados, este conceito abrange, também, os doentes aos quais foi administrada terapêutica intravenosa, bem como autoadministração de terapêutica intravenosa nos 30 dias que antecedem os sintomas de infeção; tratamento de feridas ou cuidados de enfermagem especializados no domicílio; doentes que receberam tratamentos de quimioterapia e hemodiálise nos 30 dias que antecederam o surgimento da infeção; doentes com hospitalização por doença aguda por dois ou mais dias nos 90 dias que antecederam o surgimento da infeção; doentes que tenham permanecido num lar ou numa unidade de cuidados continuados (Campos *et al.*, 2016).

A prevenção e controlo da infeção hospitalar, além de ir ao encontro das exigências éticas e legais da saúde, é também um imperativo económico, principalmente nos países com maiores dificuldades económicas como é o caso de Portugal no presente momento, no qual os recursos, meios humanos e materiais dedicados aos cuidados de saúde são cada vez mais reduzidos. É, por isso, considerada um indicador relevante para a qualidade dos cuidados, pelo que deve passar a ser ponderado e assumido como um dos programas prioritários em saúde (Silva, 2013).

Assim, o enfermeiro, enquanto profissional de saúde, detém um conjunto de competências que lhe permite atuar nas mais diversas situações de prestação de cuidados. É igualmente seu dever, atuar no domínio da melhoria

continua da qualidade, possuindo um papel de destaque na prevenção e controlo de infeção. A evidência científica destaca a vigilância como componente crucialmente integrante dos programas de controlo de infeção hospitalar, na medida em que constitui um mecanismo de alerta precoce, fornece informações essenciais para monitorizar a eficácia das intervenções e auxilia na conceção, planeamento e avaliação dessas mesmas intervenções ou programas (Mitchell & Gardner, 2014). Aliado à vigilância surge, inevitavelmente, o conceito de segurança de doente, em torno do qual se estruturam abordagens multidisciplinares, que visam quebrar a cadeia de transmissão de infeção (Gonçalves, 2012) e nas quais o enfermeiro desenvolve intervenções autónomas e interdependentes, tal como se prevê no artigo 9º do documento regulador do seu exercício-Regulamento do Exercício Profissional em Enfermagem (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro).

No âmbito da área da prevenção e controlo de infeção à PSC e família, para além de aderir à higienização das mãos bem como dinamizar a política de prevenção da infeção nosocomial, participei em estágio no simulacro do Plano de Resposta de Emergência a Portadores Suspeitos de Doença Global, tendo iniciado com a identificação de uma ocorrência de doença transmissível com impacto global, seja ele alargado, regional ou local. Após a identificação, é notificado o Grupo de Coordenação local Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos (GCLPPCIRA), sendo desencadeadas as fases seguintes do plano. A pertinência deste simulacro vem no seguimento da relevância da problemática para a segurança do utente. Durante as fases do simulacro existiu a oportunidade de dialogar com peritos na área (elos de ligação da Comissão de Controlo de Infeção) e de reflexão sobre a prática, lembrando as dimensões do problema. Deste modo, possibilitou-me desenvolver competências ao nível da prevenção e controlo da infeção preconizadas pela OE (OE, 2011b).

A participação nas 1^{as} Jornadas da Pessoa em Situação Crítica (PSC) no Hospital do Divino Espírito Santo em Ponta Delgada^{Anexo1}, permitiu-me adquirir e atualizar novos conhecimentos na Área da Prevenção e Controlo de Infeção à PSC e família. Segundo a temática “Infeção-Que caminho trilhar”, destacou-se a abordagem da Via Verde Sépsis. No Hospital de Ponta Delgada existe um grupo composto por Médico e equipa de Enfermagem destacados para a existência/ativação de uma Via Verde Sépsis. O reconhecimento e o tratamento

precoce e adequado, levam a *outcomes* favoráveis, taxa de mortalidade diminuta e estatísticas positivas. Segundo o lema da Via Verde Sépsis “O tempo é vida”. Considero que as estratégias descritas permitiram desenvolver as competências indicadas de acordo, (EEEMCEPSC,2018) “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas”, contemplada também nos objetivos e competências do CMEPSC (ESEL,2010,p.1).

Em **cuidados intensivos**, saliento a intervenção de enfermagem na execução das normas e orientações da comissão de infeção, principalmente em áreas de isolamento com a correta utilização dos equipamentos de proteção individual.

Ao longo do período de estágio participei nos cuidados de enfermagem à PSC com MRSA (*Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina*), pode ser encontrado na pele e nas fossas nasais. A transmissão ocorre essencialmente por transmissão indireta, através de gotículas. O MRSA é, provavelmente, o microrganismo que, individualmente, é mais importante quando falamos em infeções associadas aos cuidados de saúde, atendendo à sua virulência, prevalência, diversidade e facilidade de transmissão. Uma vez efetuada a descolonização deve monitorizar-se a sua eficácia com a realização de três rastreios, dia 2,9,16 após terminar o protocolo. O protocolo baseia-se na aplicação de toalhetes impregnados em cloro-hexidina a 2% durante cinco dias, aplicação de mupirocina a 2% em ambas as narinas, três vezes ao dia, durante cinco dias, lavagem da cabeça com cloro-hexidina a 4% em dias alternados, durante 5 dias e aplicação de cloro-hexidina a 0,12% (solução oral) para higiene da boca três vezes ao dia, durante cinco dias.

Sendo a prevenção de infeção exigida e valorizada por parte da instituição hospitalar onde atualmente exerço funções onde é acreditada pela *Joint Commission International*, não houve dificuldade neste objetivo pois coabito diariamente com um conjunto de procedimentos onde existe a máxima atenção à prestação de cuidados onde envolva o controlo e prevenção da infeção.

- Demonstrei conhecimento do Plano Nacional de Controlo de Infeção e de resistência a Antimicrobianos tal como das diretivas das Comissões de Controlo da Infeção;
 - Cooperei no desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infeções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;
- (ESEL,2010) (OE,2018)

Objetivo 5: Desenvolver competências na gestão diferenciada da dor e bem-estar da PSC e família;

A dor ocupa um lugar importante em muitas das situações da PSC, maioritariamente acaba por ser a dor que manifesta a vontade e a prioridade de muitos doentes se dirigirem ao SU, por isso a dor aguda permanece associada a uma ocorrência patológica que se traduz repentinamente e que tem um período limitado (Howard & Steinmann, 2011).

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real, ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (OE,2008,p.25).

Segundo a CIPE, “Dor é um tipo de sensação com características específicas: aumento da perceção sensorial de partes do corpo habitualmente acompanhada por experiência subjetiva de sofrimento intenso (...) as sensações de dor relacionam-se com a duração da dor; o aparecimento súbito da sensação da dor associado a lesão aguda dos tecidos é marcado por respostas automáticas (...) (CIPE,2011,p.50).

O serviço de Urgência onde decorreu o estágio não detinha de um protocolo/norma de dor implementado, apenas continha as escalas numéricas de Dor e Escalas de Observador de dor no sistema Informático. Como tal, esta foi uma das dificuldades reconhecidas, houve limitação da avaliação da dor em doentes sedados/ventilados. Contudo a discussão e reflexão com o Sr. Enfermeiro Orientador acabou por colmatar as diversas dificuldades sentidas.

Desenvolvi competências na gestão da dor monitorizando de forma sistemática a gestão da analgesia do doente crítico, bem como envolvendo a família na pareceria de cuidados.

Já em UCI, as escalas da dor utilizadas foram Escala Comportamental da dor (ESCID) e *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD), sendo a mais utilizada a ESCID. Em UCI, acabei por desenvolver competências não farmacológicas da dor, nomeadamente o controlo do ambiente como por exemplo, o ajuste da luz/ruído.

- Geri a dor e o bem -estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas (Identifiquei evidências fisiológicas e emocionais de mal - estar; Garanti a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor; Demonstrei conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor e demonstrei conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedo-analgesia).

(ESEL,2010) (OE,2018)

Objetivo 6: Desenvolver competências na prestação e gestão dos cuidados do extra ao intra-hospitalar da PSC e família

Após autorização por parte da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Instituição Hospitalar do estágio decorrente e do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), realizei três turnos de observação na Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), por convite do Sr. Enfermeiro Orientador.

A oportunidade de desenvolver competências na área da PSC em extra-hospitalar e de conceder a continuidade de cuidados posteriormente em intra-hospitalar permitiu-me constatar a importância da antecipação de cuidados diferenciados.

A Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) é um veículo de intervenção extra-hospitalar pertencente ao INEM, concebido para o transporte rápido de uma equipa médica diretamente ao local onde se encontra o doente, equipa essa constituída por um médico e um enfermeiro. Atua na dependência direta dos CODU, tendo como objetivo a estabilização no extra-hospitalar e o

acompanhamento médico durante o transporte de vítimas de acidente ou doença súbita em situações de emergência.

Durante o primeiro dia de observação foi-me apresentada a estrutura física, organização e funcionamento da VMER, seguindo-se uma visita guiada. Usufruí da oportunidade de conhecer todos os equipamentos e malas de atuação em suporte avançado de vida.

Usufruí numa primeira atuação à PSC durante o primeiro dia de estágio de observação em VMER, uma doente em PCR em que o julgamento clínico realizado pela equipa foi de suspender manobras de reanimação sustentadas na melhor prática de cuidados. O papel do enfermeiro neste contexto é fundamental no auxílio à família na comunicação de más notícias, onde culminam sentimentos de angústia, impotência e muitas das vezes de culpa.

Ver como os enfermeiros conduzem em marcha de emergência e a dificuldade em efetuar uma condução em segurança de uma forma rápida, é admirável, sendo esta uma competência do Enfermeiro de VMER que lhe é incutido durante o curso.

Desfrutei ao máximo todas as ocorrências em que pude participar e efetuei com o enfermeiro orientador *debriefings* sobre cada uma delas, partilhando conhecimento, acabando por valorizar a investigação como ferramenta essencial para a minha prática.

- Cuidei da pessoa em situações de emergência (Salvaguarda condições de segurança).
- Demonstrei conhecimentos e habilidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.

(ESEL,2010) (OE,2018)

4. CONCLUSÃO

“A enfermagem evoluirá, e será no futuro, o que os seus profissionais fizerem dela (...) será a exata dimensão do sonho e da determinação dos seus integrantes” (Peixoto,2013,p.30).

A elaboração deste relatório foi parte de um percurso de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas que irá concluir com a apresentação e discussão pública.

Permitiu o desenvolvimento reflexivo, pois não constituiu apenas um elemento de avaliação, mas sim uma oportunidade para refletir com maior particularidade sobre a especificidade da temática. Foi um percurso sustentado na descrição, análise de experiências vivenciadas e de intervenções de enfermagem que foram realizadas durante os períodos de estágio, ficando exposto as atividades realizadas, as estratégias adotadas, bem como as dificuldades sentidas direcionando ao desenvolvimento das competências preconizadas e descritas anteriormente.

Ingressar e finalizar este curso de Mestrado, impulsionou diversas variáveis, uma delas o interesse pela investigação em enfermagem bem como a reflexão do agir em determinadas vivências e por consequente tomadas de decisão consciencializadas suportando assim, a essência do cuidado.

As Revisões Integrativas da Literatura contribuíram para o aperfeiçoamento da temática em estudo de forma a adquirir um leque de competências específicas no que concerne a todos os passos da construção de uma RIL e à importância ao recurso da evidência científica de forma a suportar o exercício clínico na investigação e no conhecimento. A promoção da investigação e dos avanços científicos na área da enfermagem vai influenciar o enfermeiro a um melhor diagnóstico que por sua vez a uma melhor intervenção bem como avaliação, promovendo assim a sua autonomia profissional com base na evidência.

A prática baseada na evidência é uma abordagem de excelência para a enfermagem pois é o uso consciencioso, explícito e judicioso da melhor evidência científica, combinado com os valores da PSC e com a experiência clínica do profissional.

Concluo conhecedora do percurso realizado, o cumprimento dos estágios possibilitou dar continuidade ao meu percurso profissional da PSC e sua família, adquirindo e desenvolvendo competências especializadas sobre a PSC, atingi com sucesso os objetivos definidos inicialmente, assim como as competências pretendidas, mantendo de forma continua e autónoma do meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.

Baggio, M., Callegaro, G. & Erdmann, A. (2008). Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*.

Bailey, D., Landerman, L., Barroso, J., Bixby, P., Mishel, M., Muir, A., & Clipp, E. (2009). Uncertainty, symptoms, and quality of life in persons with chronic hepatitis C. *Psychosomatics*, 50(2), 138–46.

DOI:<https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.2.138>

Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison Wesley.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.

Benner, P., Kyriakidis, P. & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care*. 2ª edition, Springer Publishing Company, LLC

Camelo, S. (2012). Competência profissional do enfermeiro para atuar em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa. *Revista Latino-Am. Enfermagem*. Acedido a 21/01/2018. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_25.pdf

Campos, A., Almeida, G., Alves, J., Mendes, J., Perelman, J., Lobão, M., & Sousa, P. (2016). Infecções associadas a cuidados de saúde - Contributo da indústria de meios de diagnóstico in vitro para o seu controlo, 79. Acedido a: 27/12/2018. Disponível em: [www.apifarma.pt/Documentos/ENews/Estudo IACS Contributo MDiV - APIFARMA.compressed.pdf](http://www.apifarma.pt/Documentos/ENews/Estudo_IACS_Contributo_MDiV_-_APIFARMA.compressed.pdf)

Cardoso, A & Pinto, P. (2002). Acolhimento do doente no hospital- um cuidado de enfermagem. *Nursing*. (nº 170) 11-14

Cannon, J. W. (2018). Hemorrhagic Shock. *The new England Journal of Medicine*.

DOI:<https://doi.org/10.1056/NEJMra1705649>

Cerqueira, A. F., Costa, F. G., Leal, F. P., & Nunes, L. (2014). *Didática em Enfermagem: Documento orientador de processos de ensino e aprendizagem*. Setubal: Departamento de Enfermagem ESS/IPS.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). Classificação Internacional para a prática de Enfermagem: Versão 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Cluckey, L., Weyant, R., Roberts, M. & Henderson, A. (2014). Discovery of unexpected pain in intubated and sedated patients. *American Journal of Critical Care*, 23(3).

DOI: 10.4037/ajcc2014943

Emergency Nurses Association. (2009).Synopsis Family Presence During Invasive Procedures and Resuscitation. Disponível em: https://www.ena.org/docs/default-source/resource-library/practice-resources/cpg/familypresencecpg3eaabb7cf0414584ac2291feba3be481.pdf?sfvrsn=9c167fc6_12

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). Objetivos e Competências do CMEPSC. Acedido a 4/04/2018. Disponível em: www.esel.pt

Farley K., Eastwood, G. & Bellomo, R. (2016). A feasibility study of functional status and follow-up clinic preference of patients at high risk of post intensive care syndrome. *Anaesthesia and Intensive Care*, 44(3). 413-419.

Ferreira, C &Valério, A.(2003). Acolhimento do doente num serviço de internamento. *Informar*. (Nº30) 10-13

Ferrito, C. (2010) Metodologia de Projeto – Coletânea Descritiva de Etapas; *Revista Percursos* (15), p.37

Figueiredo, M. (2012). Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar. Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família. Lusociência: Loures

Fulbrook, P., Latour, J., Albarran, J., Graaf, W., Lynch, F., Devictor, D., & Norekvai, T. (2007). The presence of family members during cardiopulmonary resuscitation. *The world of critical care nursing*, 5(4), 86-88

Gelbcke, F., Souza, L., Sasso, G., Nascimento, E & Bulb, C. (2008). Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à enfermagem brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 62(1), 136-139. Acedido a 28-01-2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/21.pdf>

Germino, B. B., Mishel, M. H., Crandell, J., Porter, L., Blyler, D., Jenerette, C., & Gil, K. M. (2013). Outcomes of an uncertainty management intervention in younger African American and Caucasian breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 40(1), 82–92.

DOI: <https://doi.org/10.1188/13.ONF.82-92>; 10.1188/13.ONF.82-92

Gonçalves, S. (2012). *Prevenção e Controlo de Infecção na Prática dos Enfermeiros: Contributos da Formação*. Dissertação de mestrado não publicada. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Guzzeta, C. (2016). Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures. *American Association of Critical-Care Nurses*, 36 (1), 11-14.

Glanzner, C. H., Zini, L.W. & Lautert, L. (2006). Programa de atendimento de enfermagem na admissão e alta hospitalar. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS). 27(1), p. 92-97

GPT - Grupo Português de Triagem. (24 de janeiro de 2018). *Triagem de Prioridades na Urgência: Sistema de Manchester*. Obtido de <https://pt.scribd.com/doc/23680912/Documento-explicativo-Triagem-Manchester>

Hanson,C . & Strawser,D. (2014). Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Foote Hospital emergency department's nine-year perspective. *Yale Journal of biology and medicine* 87(1), 63-72.

Hobbs, P (2009). Gerir projectos. Porto: Dorling Kindersley – Civilização Editores, Lda, p.72

Howard, P., & Steinmann, R. (2011). Enfermagem de urgência: da teoria à prática (6a ed.). Loures: Lusociência.

Kang,Y.(2006). Effect of Uncertainty on Depression in Patients With Newly Diagnosed Atrial Fibrillation. *College of Nursing Science*.83-88

Lei nº33/2009 de 14 de Julho. (2009). Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Diário da República, 1ªsérie, (14/07/2009). 4467

Liberado, J (2004). A informação aos familiares e acompanhantes- avaliação do grau de satisfação. *Sinais Vitais*. (nº52).19-247.

Lin, L., Yeh, C. H., & Mishel, M. H. (2010). Evaluation of a conceptual model based on Mishel's theories of uncertainty in illness in a sample of Taiwanese parents of children with cancer: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47(12), 1510–1524
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.05.009>

Marciso, E (2009) - Acolhimento e Humanização para acompanhantes: A inserção do Serviço Social e da Enfermagem de uma Instituição Federal.

Maestri, E., Nascimento, E., & Bertoncello, K. (2014). Intensive Care Unit Nurses Need User Embracement. *Revista de Enfermagem UFPE*, 8(2), 358–364.
DOI: <https://doi.org/10.5205/reuol.4688-38583-1-RV.0802201417>

Mateus, B. (2007). Emergência Médica Pré-hospitalar - Que realidade. Loures: Lusociência.

Martins,C., Franco,M. & Fernandes, P. (2004). A morte e os profissionais de saúde. *Servir*, 52 (2), 75-78.

Maruiti, M., & Galdeano,L (2007). Necessidades de familiares de pacientes internados em unidades de cuidados intensivos. *Acta Paulista Enfermagem*. Vol.20 (nº1).37-43 Acedido a 24/01/2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002007000100007&lng=pt&nrm=iso

Meyers,T.,Eichhorn,D.,Guzzetta,C.,Clark,A.,Klein,J.,Taliaferro,E.,Calvin,A.(2000).Family presence during invasive procedures and resuscitation: The experience of family members, nurses, and physicians. *American Journal of Nursing*, 100(2),32-43.
DOI:10.1056/NEJMoA1203366

Ministério da Saúde – Direção Geral de Saúde. (2003). Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Mishel, M. H. (1981). The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Research*, 30(5), 258-263

DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006199-198109000-00002>

Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in Illness. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225–232.

DOI:10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x

Mishel, M. (2003). Theories of Uncertainty in Illness. In *Middle Range Theory for Nursing*. 2^{ad} Ed. New York: Springer Publishing Company, 25-49.

Mishel, M & Clayton, M. (2008). *Theories of Uncertainty in Illness in Smith, Mary Jane e Liehr, Patricia R. In Middle Range Theory for Nursing*. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261- 1916-2.

Mishel, M., Germino, B., Gil, K., Belyea, M., Laney, I., Stewart, J...Clayton, M. (2005). Benefits from an uncertainty Management intervention for african– American and caucasian older Long-term breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 14, 962–978

DOI: 10.1002/pon.909

Mitchell, B., & Gardner, A. (2014). Addressing the need for an infection prevention and control framework that incorporates the role of surveillance: A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 70(3), 533–542.

DOI: 10.1111/jan.12193.

Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão Integrativa: Método De Pesquisa Para A Incorporação De Evidências Na Saúde E Na Enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17 (4), 758 – 764.

Mendes, A. (2015). A informação à família na unidade de cuidados intensivos - desalojar o desassossego que vive em si. Loures: Lusodidacta - Sociedade Portuguesa De Material Didáctico, Lda

Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor. Guia Orientador de Boa Prática. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernos-oe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Parecer nº14/2018. Alocação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na sala de reanimação – posto de trabalho nos serviços de urgência / emergência

Passos, S., Silva, J., Santana, V. & Santos, L. (2015). O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem UERJ*. Acedido a 20-04-2018. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/6259>

Peixoto, T. A., & Peixoto, N. M. (2013). Futuro Da Enfermagem. *Sinais Vitais*, 29 – 37

Pereira, F. (2007). A vulnerabilidade da pessoa humana. *Servir*, 52 (1-2), 33-36.

Perkins, G., Ji, C., Deakin, C., Quinn, T., Nolan, J. P., Scomparin, C. ... Collaborators, P. (2018). A Randomized Trial of Epinephrine in Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *The new England journal of medicine*, 1–11.

DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1806842>

Pott, F., Stahlhoefer, T. Felix, J. & Meier, M. (2013). Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 174-179. Acedido a 18-01-2018. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_25.pdf

Regulamento nº161/96 de 4 de Setembro. (1996). Diário de República, 1ª série, (04/09/1996). 2959

Regulamento nº 124/2011 de 18 de Fevereiro. (2011). Diário da República, 2ª série, (18/02/2011). 8656

Regulamento nº10319/2014 de 11 de Agosto. (2014). Diário da República, 2ª série, (11/08/2014). 20675

Regulamento nº181/2015 de 16 de Setembro. (2015). Deontologia Profissional. *Diário da República*, 1ª série, (16/09/2015). 8104

Regulamento n.º 135/2018 de 16 de Julho. (2018). Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República*, 2ª série, n.º 135, (16/07/2018). 19359-19370

Relvas, A. (1996). O Ciclo Vital da Família, Perspetiva Sistémica. Porto: Afrontamento.

Riley, J. B. (2004). Comunicação em enfermagem (4a ed.). Loures: Lusociência

Roseinheir, D., Lunardi, V. & Filho, W. (2008). Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em unidade de terapia intensiva. *Revista electrónica de enfermagem*. 1041-1049.

Sampaio, D., & Gameiro, J. (1981). Do mito da família unida à terapia familiar. *Psicologia*, 2 (1), 7-1

Santoro, A. & Tavares, S. (1999). Consulta de enfermagem geriátrica e gerontológica uma necessidade. *Acta Paulista de Enfermagem*, 12. ISSN: 0103-2100. Acedido em Janeiro, 2019, em: http://www.unifesp.br/denf/acta/1999/12_1/pdf/art9.pdf

Silva, M. & Araújo, M. (2012). O conhecimento de estratégias de comunicação no atendimento à dimensão emocional em cuidados paliativos. Acedido a 20/01/2019. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a14v21n1.pdf>

Silva, M., Oliveira, J., Costa, M & Sousa, R. (2006). Acolhimento do doente no Bloco Operatório. *Nursing*. (nº208). 36-41

Silva, M. (2013). Controlo de infeção em Portugal: evolução e atualidade. *Revista de Ciências Da Saúde Da ESSCVP*, 5(lcc), 7. Acedido a 20/11/2018. Disponível em: <http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoid=31063>

Sousa,L.,Vieira,C.,Severino,S., & Antunes,A. (2017). A Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 17-26 28

Schneider D.G., Manschein, A.M.M., Ausen, M.A.B., Martins, J.J. & Albuquerque G.L. (2008). Acolhimento ao paciente e família na unidade coronária. *Texto & Contexto Enfermagem*. Jan-Mar. 17(001), 81-89

Schuster, P. & Nykolyn, L. (2010). Communication for nurses: how to prevent harmful events and promote patient safety. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Svenningsen, H., Langhorn, L., Ågård, A., & Dreyer, P. (2015). Post-ICU symptoms, consequences, and follow-up: an integrative review. *Nursing in Critical Care*, 22(4), 212-220.

DOI: 10.1111/nicc.12165.

APÊNDICES

Apêndice 1- Cronograma de estágio

[illegible]

**Apêndice 2. Sessão de Formação “Paramedic 2 - The Adrenaline Trial
O uso da Adrenalina na PCR”**



Paramedic 2 - The Adrenaline Trial

O uso da Adrenalina na PCR

INTRODUÇÃO



Objetivo Geral

- Reconhecer a importância do uso da adrenalina na PCR.

Objetivos Específicos

- Apresentar os resultados do artigo;
- Divulgar a evidência científica atual sobre a importância do uso da adrenalina na PCR;
- Promover a partilha de experiências e discussão sobre o potencial efeito da adrenalina.

QUESTÃO



**Numa PC fora do hospital a administração de adrenalina
vs
administração de placebo melhora o estado clínico do
utente?**

Será benéfica a administração da adrenalina?

ARTIGO



**30,000 Indivíduos são tratados
por PC na comunidade do
Reino Unido**

ARTIGO



8,014 Adultos

65%



35%



69 Anos Idade Média

6 de 10 Adultos receberam CPR de espectadores ou familiares antes da chegada da ambulância

ARTIGO



75% dos utentes sofreram paragem cardíaca em casa



1% no trabalho



20% num local público



4% noutra localização

ARTIGO



41% foram encaminhados
para o hospital

Sobrevivência ao
final de 30 dias

224

RESULTADOS



Adrenaline 4,015 **Placebo 3,999**

19.2 %	shockable	18.7 %
50.1 %	bystander witnessed	49.2 %
59.3 %	bystander CPR	58.7 %
6.7 min	response time	6.6 min
36.3 %	ROSC	11.7 %

3.2%	30-day survival after cardiac arrest	2.4%
------	--------------------------------------	------

2.2%	discharge with favourable neurological outcomes	1.9%
------	---	------

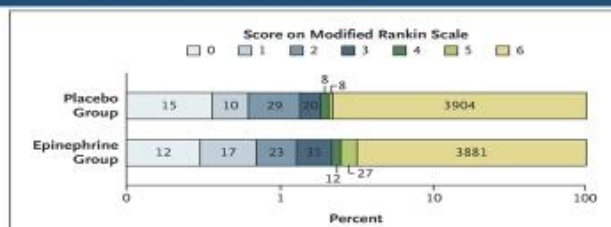
31.0%	severe neurological impairment at discharge	17.8%
-------	---	-------

RESULTADOS



- A adrenalina pode reiniciar o coração mas não é boa para o cérebro.
- Houve uma pequena melhoria na sobrevivência nos 30 dias após a paragem cardíaca nos utentes que receberam adrenalina comparando com os que não receberam ($\neq 0.8\%$)
- A adrenalina não fez diferença no número de utentes que sobreviveram. Contudo, utentes sobreviventes que lhes foi administrado adrenalina têm o dobro da probabilidade de ter danos cerebrais após a paragem cardíaca, significando que o utente estava incapaz de andar, tomar conta de si próprio ou estava em coma. (31% contra 18%)
- Para os sobreviventes, houve uma diferença na taxa de desfecho neurológico desfavorável na alta hospitalar aos 30 dias (adrenalina 31,0% vs placebo 17,8%) e aos 3 meses (16,3% vs 14,9%).

RESULTADOS



Escala de avaliação funcional pós-AVC – Escala de Rankin modificada¹

Grado	Descrição
0	Sem sintomas
1	Nenhuma deficiência significativa, a despeito dos sintomas. Capaz de conduzir todos os deveres e atividades habituais
2	Leve deficiência. Incapaz de conduzir todas as atividades de antes, mas é capaz de cuidar dos próprios interesses sem assistência
3	Deficiência moderada. Requer alguma ajuda mas é capaz de caminhar sem assistência (pode usar bengala ou andador)
4	Deficiência moderadamente grave. Incapaz de caminhar sem assistência e incapaz de atender às próprias necessidades básicas sem assistência
5	Deficiência grave. Confinado à cama, incontinente, requerendo cuidados e atenção constante de enfermagem
6	Óbito

CONCLUSÃO



Reconhecimento antecipado e chamar ajuda é **10 vezes** mais eficaz que a adrenalina

Ressuscitação cardiopulmonar é **8 vezes** mais eficaz que adrenalina

Desfibrilhação é **20 vezes** mais eficaz que a adrenalina.

Referências Bibliográficas



Perkins, G., Ji, C., Deakin, C., Quinn, T., Nolan, J. P., Scamper, C. ... Collaborators, P. (2018). A Randomized Trial of Epinephrine in Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *The new England journal of medicine*, 1–11.

DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1806842>

Apêndice 3. Sessão de Formação “Abordagem à Família no Serviço de Urgência”

8º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Serviço Urgência Geral

Coordenação:
Orientação de
Docente: Professora Anabela Pereira Mendes

Formador: Enfermeira Sofia Carvalho

ABORDAGEM À FAMÍLIA NO SERVIÇO URGÊNCIA

INTRODUÇÃO

Objetivo Geral

- Clarificar a correta abordagem à família no Serviço de Urgência

Objetivos Específicos

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do Acolhimento à PSC e à sua Família.

ABORDAGEM À FAMÍLIA NO SERVIÇO URGÊNCIA

“unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais...”

CIPE®, (2011, p.120)



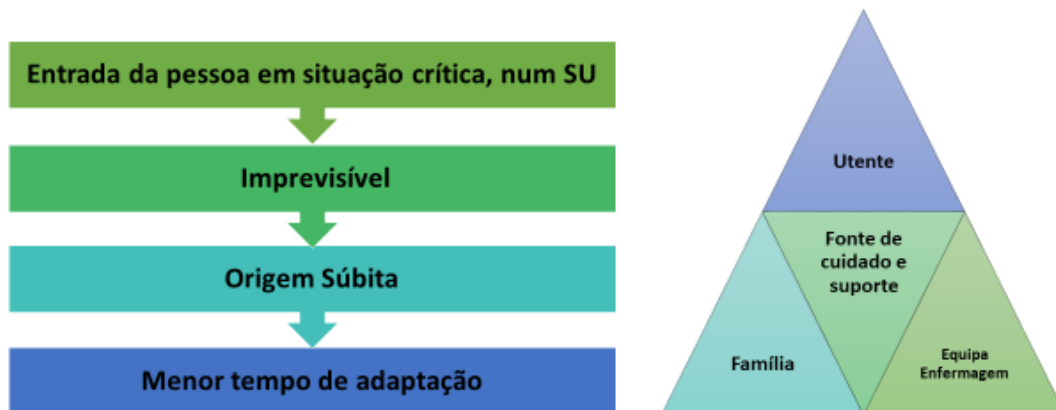
“elementos não só ligados por traços biológicos mas, que são significativos no contexto relacional do indivíduo”

(Sampaio, D. & Gameiro, J., 1981, p.11)

“o elemento com quem o indivíduo mantém muitas vezes ligações mais importantes do que as que mantém com os membros da sua família”

(Almeida, Colaço & Sanchas, 1997, p. 36)

ABORDAGEM À FAMÍLIA NO SERVIÇO URGÊNCIA



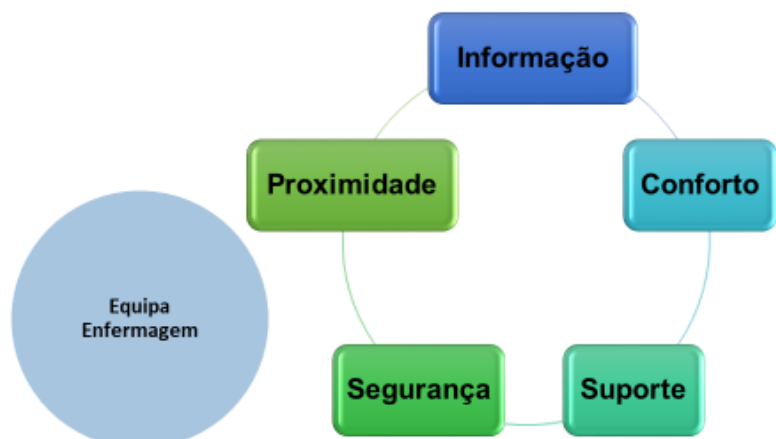
ABORDAGEM À FAMÍLIA NO SERVIÇO URGÊNCIA



ABORDAGEM À FAMÍLIA NO SERVIÇO URGÊNCIA

- Vulnerável
- Aguarda na sala de espera
- Desconhecimento da situação clínica do familiar

FAMÍLIA



ABORDAGEM À FAMÍLIA NO SERVIÇO URGÊNCIA



ABORDAGEM À FAMÍLIA NO SERVIÇO URGÊNCIA

Stress Físico	Stress Ambiental	Stress Psicológico	Stress Social
<ul style="list-style-type: none"> • Dor / desconforto • Múltiplas intervenções invasivas / complexas • Imobilidade • Privação do sono • Alteração das Necessidades Humanas Básicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente hostil / desconhecido • Barulhos/Ruídos/ odores estranhos • Luzes constantes • Pessoas desconhecidas • Comentários desadequados / impensados entre a equipa 	<ul style="list-style-type: none"> • Experiência prévia de doença/hospitalização • Falta de privacidade • Incapacidade em comunicar/tomada de decisão • Desconhecimento/ incompreensão da situação • Gravidade da doença (risco eminente de morte) • Apreensão em relação ao futuro • Recursos individuais/ estratégias de coping • Crenças culturais e religiosas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ruturas e destruturações no seu quotidiano • Quebra de relacionamento • Incapacidade de manter atividade laboral/ escolar • Sistemas de suporte disponíveis

(Hockenberry & Wilson, 2007)

ABORDAGEM À FAMÍLIA NO SERVIÇO URGÊNCIA

Obstáculos na Interação do Enfermeiro com a Família

- Falta de tempo (reduzido rácio enfermeiro/doente);
- Ausência de recursos físicos (sala para reunir com a família);
- Receio de aproximação emocional ao sofrimento da família;
- Priorização constante dos cuidados à PSC;
- Reduzida formação na área;
- Desconhecimento das necessidades da família da PSC.

(Botelho, M., Henriques, M., Sá, F., 2015).

ABORDAGEM À FAMÍLIA NO SERVIÇO URGÊNCIA

Problemas éticos identificados pelos enfermeiros ao cuidar da PSC

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
Informação	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dilemas na informação ○ Más notícias ○ O problema da verdade
Acompanhamento em fim de vida	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dilemas diante do morrer ○ Obstinação terapêutica
Responsabilidade profissional por intervenções interdependentes	<ul style="list-style-type: none"> ○ Trabalho em equipa multidisciplinar ○ Comunicação em equipa
Decisão do destinatário de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> ○ Consentimento ○ Respeito pela decisão expressa
Distribuição de recursos	<ul style="list-style-type: none"> ○ Alocação de recursos ○ Condições de exercício
Respeito pela pessoa	<ul style="list-style-type: none"> ○ Respeito pelos direitos humanos ○ Humanização dos cuidados
Sigilo profissional	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dilemas do segredo ○ Contexto das práticas

(Nunes, L. 2015)

ABORDAGEM À FAMÍLIA NO SERVIÇO URGÊNCIA



(Hughes, F. et al.; (Lautrette, A., et al. 2007)

(Hughes, F., Bryan, K. e Robbins, I. 2003) ; (Kutash, M. e Northrop, L. 2007) ; (Lautrette, A., et al. 2007)

ABORDAGEM À FAMÍLIA NO SERVIÇO URGÊNCIA

Código deontológico do enfermeiro

- **Artigo 110.º - Da humanização dos cuidados**
- O enfermeiro, sendo responsável pela **humanização dos cuidados de enfermagem**, assume o dever de:
 - a) Dar, quando presta cuidados, atenção à **pessoa** como uma totalidade **única**, **inserida numa família** e numa comunidade;

ABORDAGEM À FAMÍLIA NO SERVIÇO URGÊNCIA

Lei n.º 33/2009, de 14 de Julho

Artigo 12.º Direito ao acompanhamento

- Nos serviços de urgência do SNS, a todos é reconhecido e garantido o **direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão pelo serviço.**

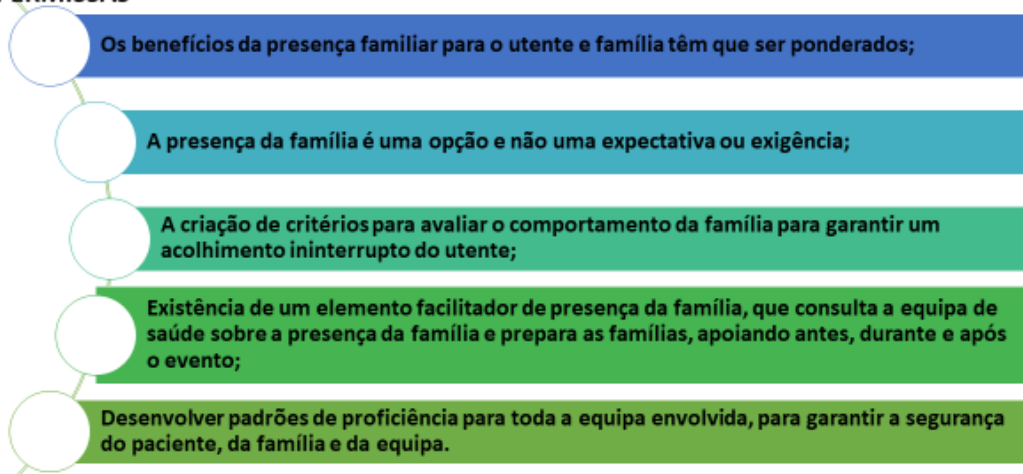
Artigo 15.º Direitos e deveres do acompanhante

- O acompanhante tem **direito a ser informado adequadamente e em tempo razoável sobre a situação do doente**, nas diferentes fases do atendimento, com as seguintes exceções:
a) Indicação expressa em contrário do doente;

ABORDAGEM À FAMÍLIA NO SERVIÇO URGÊNCIA

SALA REANIMAÇÃO

PERMISSAS



*American
Association of
Critical-Care Nurses*

desenvolver políticas e
procedimentos que
defendam a presença
da
família durante a
reanimação

*Emergency Nurse
Association*

ABORDAGEM À FAMÍLIA NO SERVIÇO URGÊNCIA

SALA REANIMAÇÃO

Conforto e Acompanhamento

Compreensão da Gravidade da Condição

Esclarecimento de Dúvidas

Testemunho de esforço da Equipa de Reanimação

Benefício para a família (tempo para aceitar a realidade e iniciar o luto);

Um elemento da equipa disponível para a família;

CONCLUSÃO

Comunicação;

Decisão centrada no doente-família;

Continuidade de cuidados;

Suporte emocional;

Controlo de sintomas e cuidados de conforto;

Conforto espiritual;

Competências especializadas para ultrapassar os desafios complexos

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, C., Colaço, C., & Sanchas, L. (1997). Opinião dos familiares face ao seu acompanhamento e participação nos cuidados ao doente durante o período de internamento. *Enfermagem em Foco*, 7(28), 36-43.
- Botelho, M., Henriques, M., Sá, F. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: a experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19, (1), 31-44.
- CIPÉ* Versão 2 – Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem – do original «ICNP» version 2 – *International Classification for Nursing Practice*. (2011) [Ordem dos Enfermeiros].
- Hughes, F., Bryan, K. e Robbins, I. (2005). Relatives' experiences of critical care. *Nursing in Critical Care*, 10(1), 23-30. DOI: 10.1111/j.1362-1017.2005.00091.x
- Hockenberry, M.J. & Wilson, D. (2007). Wong's nursing care of infants and children (8ª ed.). St Louis: Mosby Elsevier
- Kutash M., [Northrop L.](#) Family members' experiences of the intensive care unit waiting room. *Journal of Advanced Nursing*, 60(4), 384-8. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2007.04388.x
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company
- Mendes, A. (2015). *A Informação à Família na Unidade de Cuidados Intensivos*. Lauro: Lusodidacta. Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company
- Nunes, L. (2015). Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. *Revista Bioética*, 23(1), 187-199. <https://doi.org/10.1590/1983-80422015231059>
- Oliveira, P. A. D. (2013). Vivências dos doentes e familiares em relação às visitas numa Unidade de Cuidados Intensivos. Acedido em Fevereiro 2018. Disponível em: <http://esenfc.pt/?url=zjNocx>
- Pardavilla Bello, M. I., & Vivar, C. G. (2011). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva*, 23(2), 51-67. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2011.06.001>
- Sampaio, D., & Gameiro, J. (1981). Do mito da família unida à terapia familiar. *Psicologia*, 2 (1), 7-1
- Rebas, A. (1996). *O Ciclo Vital da Família. Perspetiva Sistémica*. (E. Afrontamento, Ed.) (2ª). Porto

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Emergency Nurses Association. (2009). Synopsis Family Presence During Invasive Procedures and Resuscitation. Disponível em: https://www.ena.org/docs/default-source/resource-library/practice-resources/cpg/familypresencecpg3eaabb7c0414584ac2291fba3be481.pdf?sfvrsn=9c167fc6_12
- Fulbrook, P., Latour, J., Albarán, J., Graaf, W., Lynch, F., Devictor, D., & Norekvi, T. (2007). The presence of family members during cardiopulmonary resuscitation. *The world of critical care nursing*, 5(4), 86-88
- Guzzetta, C. (2016). Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures.
- American Association of Critical-Care Nurses, 36 (1), 11-14.
- Hanson, C., & Strawser, D. (2014). Family presence during cardiopulmonary resuscitation: Foote Hospital emergency department's nine-year perspective. *Yale Journal of Biology and Medicine* 87(1), 63-72.
- Maestri, E., Nascimento, E., & Bertoncello, K. (2014). Intensive Care Unit Nurses Need User Embrace. *Revista de Enfermagem UFPE*, 8(2), 358-364. DOI: <https://doi.org/10.5205/revol.4688-38583-1-RV.0802201417>
- Meyers, T., Eichhorn, D., Guzzetta, C., Clark, A., Klein, L., Tallaferrro, E., Calvin, A. (2000). Family presence during invasive procedures and resuscitation: The experience of family members, nurses, and physicians. *American Journal of Nursing*, 100(2), 32-43. DOI: [10.1056/NEJMoa1203366](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1203366)
- Passos, S., Silva, J., Santana, V. & Santos, L. (2015). O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem UERJ*. Acedido a 20-04-2018. Disponível em: <http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6250>

Apêndice 4. Sessão de Formação “Choque Hemorrágico”

8º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica
Serviço Urgência Geral



Coordenação:
Orientação de

Docente: Professora Anabela Pereira Mendes

Formador: Enfermeira Sofia Carvalho

CHOQUE HEMORRÁGICO

INTRODUÇÃO

Objetivo Geral

- Descrever o tratamento inicial do Choque Hemorrágico

Objetivos Específicos

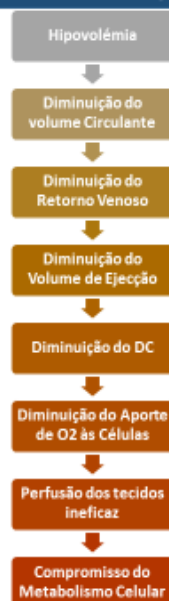
- Explicar a importância da identificação e do controle precoce da hemorragia em doentes com choque hipovolémico;
- Reconhecer as respostas fisiológicas ao choque hemorrágico, a fim de reavaliar continuamente a resposta do utente e evitar complicações.

CHOQUE HEMORRÁGICO

Estado fisiológico caracterizado por uma redução significativa da perfusão sistémica com insuficiente aporte de oxigénio aos tecidos.

Resulta da perda de volume intravascular que conduz a uma diminuição da perfusão dos tecidos, dando início a uma resposta geral de choque.

CHOQUE HEMORRÁGICO



CHOQUE HEMORRÁGICO



CHOQUE HEMORRÁGICO

Table 1. Estimated Hemorrhage-Related Deaths per Year and Years of Life Lost in the United States and Worldwide, According to the Cause of Hemorrhage.

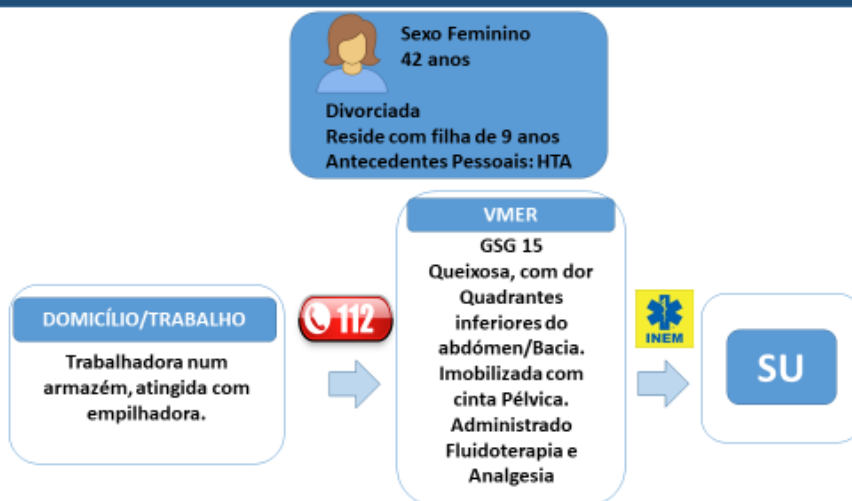
Cause of Hemorrhage	Deaths from Hemorrhage*	U.S. Cases of Hemorrhage		Global Cases of Hemorrhage	
		No. of Deaths per Yr	Yr of Life Lost	No. of Deaths per Yr	Yr of Life Lost
	percent				
Abdominal aortic aneurysm	100	9,988†	65,273‡	191,700§	2,881,760¶
Maternal disorder	23§	138	7,572**	69,690	4,298,240**
Peptic ulcer disease	60††	1,860	38,597**	141,000	3,903,600**
Trauma	30‡‡	49,440	1,931,786**	1,481,700	74,568,000**
Total		61,426	2,043,228	1,884,090	85,651,600

CHOQUE HEMORRÁGICO

TABELA 3.1 Perda Estimada de Sangue¹ Baseada na Condição Inicial do Doente

	CLASSE I	CLASSE II	CLASSE III	CLASSE IV
Perda sanguínea (mL)	Até 750	750–1500	1500–2000	>2000
Perda sanguínea (% volume sanguíneo)	Até 15%	15%–30%	30%–40%	>40%
Frequência de pulso (BPM)	<100	100–120	120–140	>140
Pressão arterial	Normal	Normal	Diminuída	Diminuída
Pressão de pulso (mm Hg)	Normal ou aumentada	Diminuída	Diminuída	Diminuída
Frequência respiratória	14–20	20–30	30–40	>35
Diurese (mL/h)	>30	20–30	5–15	Desprezível
Estado mental/SNC	Levemente ansioso	Moderadamente ansioso	Ansioso, confuso	Confuso, letárgico
Reposição volêmica	Cristaloide	Cristaloide	Cristaloide e sangue	Cristaloide e sangue

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO



8

PRINCIPIOS DA ABORDAGEM ABCDE



CHOQUE HEMORRÁGICO

Preparação da Sala



Aquecimento;



Verificação de todos os equipamentos e dispositivos

CHOQUE HEMORRÁGICO

Contatos



Especialidades Cirúrgicas



Imunohemoterapia



Imagiologia



Distribuir Funções dentro da Equipa

CHOQUE HEMORRÁGICO

Medidas de Proteção



Medidas de Proteção Individual

SALA REANIMAÇÃO



Repete "Não aguento as dores"



FR=28, SpO2=88%, MV mantidos e simétricos



Pulso radial rápido e fino, pele pálida, fria e suada. TA=100/60 mmHg, FC=120
Dor intensa à palpação dos quadrantes abdominais inferiores e da bacia.



Glasgow 15, ansiosa e inquieta



Sem hemorragia externas visíveis

ABORDAGEM VITIMA



A (Airway)

Avaliações	Intervenções
Assegurar o controlo cervical (se ainda ausente)	Verificar o Estado de Consciência
Verificar a permeabilidade da Via Aérea: • Ruído Respiratório na Via Aérea? • Roncar? • Gorgolejo? (presença de sangue, secreções? etc) • Traumatismos da Face?	• Aspirar; • Elevação/Subluxação da Mandíbula • Adjuvante da Via Aérea (Ex: Guedel) • EOT (se obstrução grave)
Inspeção Visual e Palpação da região cervical: • Traqueia Centrada? • Ingurgitamento Jugular? • Deformações? • Enfisema Subcutâneo? • Feridas?	Retirar Colar cervical (se já tiver); (Re) Colocar Colar Cervical

ABORDAGEM VITIMA



B (Breathing)

Avaliações	Intervenções
Verificar padrão respiratório: • Frequência Respiratória? Amplitude? • Expansão Torácica: Simétrica? Assimétrica? • Inspeção visual: Feridas (Aspirativa?) Pontos Aplicação? Palpação: Deformações? Creptações? Enfisema Subcutâneo? Vollet Costal?	COLOCAR OXIGÉNIO!!! Se pneumotórax hipertensivo: Descomprimir; E depois colocar drenagem torácica; Se pneumo ou hemotórax: Colocar drenagem Se suspeita de tamponamento cardíaco: Propôr pericardiocentese Se problema maior em B, pensar em EOT e ventilação assistida. Se decisão por EOT, ponderar sempre sedação!

ABORDAGEM VITIMA



B (Breathing)

Avaliações	Intervenções
<ul style="list-style-type: none"> • Auscultação Pulmonar <p>Murmúrio presente nos 4 campos? Diminuição do MV? Ausência do MV?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auscultação Cardíaca (mandatório!): Abafamento dos Sons? <ul style="list-style-type: none"> • Percussão: Timpanismo? Macicez? <ul style="list-style-type: none"> • Sinais de Hipóxia: Presença de Cianose Labial ? SpO2 <95%? 	<p>Pedir avaliação de Oximetria.</p> <p>Proposta de RX Tórax</p> <p>COLOCAR OXIGÊNIO (Se ainda não tiver sido colocado)</p>

ABORDAGEM VITIMA



C (Circulation)

Avaliações	Intervenções
<p>Verificar padrão hemodinâmico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia ensanguinante visível? • Pulsos periféricos presentes? Ambos? • Frequência, Amplitude e Ritmo? • Tempo de preenchimento capilar? • Pressão Arterial? Frequência Cardíaca • Palpação Abdominal: rigidez? Dor? • Palpação da Bacia: crepitação? Instabilidade? • Verificar ossos longos: fraturas? Hemorragias? • Estado da pele: palidez? Sudorese? • Eventual verificação da região perineal (propor algáliação para controle do débito urinário) 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 Acessos Venosos Grande Calibre • Iniciar com cristalóide (+/- 20ml/kg); • Reavaliar! • Iniciar Sangue!! • Ter presentes os conceitos de Hipotensão Permissiva! Cuidado com o TCE!! • Se suspeita de trauma da bacia, colocar lençol pélvico!! • Feridas com hemorragia ativa: controlar hemorragia; • Pressão direta sobre o local numa hemorragia maciça pode requerer o uso de torniquete. • Propôr ECO FAST e RX BACIA • PROPÔR BLOCOI

ABORDAGEM VITIMA



D (Disability)

Avaliações	Intervenções
<p>Avaliação de Déficit Neurológico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escala de Glasgow • Pupilas • Lateralização da Resposta Motora 	

ABORDAGEM VITIMA



E (Exposure)

Avaliações	Intervenções
Temperatura VER REGIÃO DORSAL	AQUECER, AQUECER, AQUECER!

TAC/RX



VIA AEREA PERMEAVEL



Mantém O₂, FR=26, SpO₂=91% MV mantidos e simétricos



Pulso radial rápido e fino, pele pálida
TA=76/30 mmHg, FC=130
Mantém dor na região da bacia



Glasgow 15, ansiosa e inquieta



Sem hemorragia externas visíveis

Fratura
Pélvica

Inicia
1ª UCE

SO



VIA AEREA PERMEAVEL



Mantém O₂, FR=22, SpO₂=95



Pulso radial rápido e fino, pele pálida
TA=96/40 mmHg, FC=110



Glasgow 15, ansiosa e inquieta



Sem hemorragia externas visíveis

BO

CHOQUE HEMORRÁGICO

■ TABELA 3.1 Perda Estimada de Sangue¹ Baseada na Condição Inicial do Doente

	CLASSE I	CLASSE II	CLASSE III	CLASSE IV
Perda sanguínea (mL)	Até 750	750–1500	1500–2000	>2000
Perda sanguínea (% volume sanguíneo)	Até 15%	15%–30%	30%–40%	>40%
Frequência de pulso (BPM)	<100	100–120	120–140	>140
Pressão arterial	Normal	Normal	Diminuída	Diminuída
Pressão de pulso (mm Hg)	Normal ou aumentada	Diminuída	Diminuída	Diminuída
Frequência respiratória	14–20	20–30	30–40	>35
Diurese (mL/h)	>30	20–30	5–15	Desprezível
Estado mental/SNC	Levemente ansioso	Moderadamente ansioso	Ansioso, confuso	Confuso, letárgico
Reposição volêmica	Cristaloide	Cristaloide	Cristaloide e sangue	Cristaloide e sangue

ARTIGO

História do pré-hospitalar de perda importante de sangue e tratamento com anticoagulantes ou antiplaquetários

Exame físico, radiografias e ultrassonografia do tronco (RÁPIDO) para determinar as fontes de sangramento

Trabalho de laboratório (tipo sanguíneo, gasometria com lactato, hemograma, eletrólitos, estudos de coagulação)

Reanimação imediata para pacientes em choque com o uso de infusor rápido e aquecedor de fluidos

Ativação precoce do protocolo de transfusão maciça para pacientes em choque

ARTIGO

Evite ou corrija a hipotermia

Aplique pressão direta ou um torniquete próximo aos locais de hemorragia

Minimizar infusões de cristaloides (< 3 litros nas primeiras 6 horas)

Usar o protocolo de transfusão maciça para assegurar que a utilização dos mesmos esta assegurada rapidamente

Evite atrasos na hemostasia cirúrgica, endoscópica ou angiográfica definitiva

Administrar seletivamente adjuvantes farmacológicos para reverter qualquer anticoagulante e para tratar a coagulopatia persistente

ARTIGO

- ☐ **Administração de Cálcio após as 1^as 4 Unidades de qualquer concentrado para corrigir a coagulopatia (Devido a existência de citrato no concentrado existente)**
- ☐ A administração de Cristaloides em grandes volumes, provoca risco de complicações, incluindo insuficiência respiratória, síndromes do compartimento e a coagulopatia aumenta. Assim, são agora recomendadas o limite da infusão de cristaloides a 3 litros nas primeiras 6 horas após a chegada ao hospital. **Este limite não inclui produtos sanguíneos.**
- ☐ **USAR ACIDO TRANEXAMICO**

ARTIGO

- ☐ **Administração de Cálcio após as 1^as 4 Unidades de qualquer concentrado para corrigir a coagulopatia (Devido a existência de citrato no concentrado existente)**
- ☐ A administração de Cristaloides em grandes volumes, provoca risco de complicações, incluindo insuficiência respiratória, síndromes do compartimento e a coagulopatia aumenta. Assim, são agora recomendadas o limite da infusão de cristaloides a 3 litros nas primeiras 6 horas após a chegada ao hospital. **Este limite não inclui produtos sanguíneos.**
- ☐ **USAR ACIDO TRANEXAMICO**

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipovolémia é a causa mais comum do choque.

O tratamento dos nossos utentes requer um controlo imediato da hemorragia e a reposição com fluidos ou sangue.

O diagnóstico e o tratamento devem ocorrer quase simultaneamente

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cannon, J. W. (2018). Hemorrhagic Shock. *The new England Journal of Medicine*.
DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMr1705649>

**Apêndice 5 . Coautora do poster “O Cuidado Centrado Na Família Da
Pessoa Em Situação Crítica Na Unidade De Cuidados Intensivos:
Intervenção Do Enfermeiro Perito”**

O CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO PERITO

Ana Lusquiños ^a; Ricardo Feliciano ^b; Sofia Carvalho ^c; Sónia Gameiro ^d; Anabela Mendes ^e

^a Unidade de Urgência Médica do Hospital de São José - CHLC e Mestranda na ESEL; ^b Atendimento Permanente do Hospital do SAMS e Mestrando na ESEL; ^c Serviço de Urgência do Hospital Vila Franca de Xira e Mestranda na ESEL; ^d Serviço de Urgência do Hospital Vila Franca de Xira e Mestranda na ESEL; ^e PhD, Professora Adjunta na ESEL, UI&DE.

1 INTRODUÇÃO

FACE À COMPLEXIDADE DO CONTEXTO, OS ENFERMEIROS NAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) PROCURAM:



1. CENTRAR-SE NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ÁREAS INOVADORAS DE TECNOLOGIA QUE POSSIBILITEM UMA RESPOSTA EFETIVA ÀS NECESSIDADES DA PESSOA DOENTE.
2. GARANTIR NUM CUIDADO TECNOLÓGICO, A FAMÍLIA NA QUAL SE INSERE A PESSOA DOENTE, CONSTITUINDO-SE PARTE INTEGRANTE DA EQUIPA DE CUIDADOS (MENDES, 2015).

O CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA É UM AMPLIAR DO CÍRCULO DE ATENÇÃO DOS ENFERMEIROS, INTEGRANDO A FAMÍLIA NO FOCO DO CUIDAR (HENNEMAN & CARDIN, 2002).

2 OBJETIVOS



1. ANALISAR AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO CUIDADO CENTRADO À FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA NA UCI;
2. ANALISAR DE QUE MODO PODE A COMPETÊNCIA CLÍNICA DO ENFERMEIRO CONTRIBUIR PARA A PROMOÇÃO DE UM CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA.

3 METODOLOGIA

RIL

MODELO CALGARY DE
WRIGHT & LEAHEY
(2012)

MODELO DE DREYFUS ADAPTADO
À ENFERMAGEM POR BENNER
(2001)



4 RESULTADOS

5 CONCLUSÃO



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Henneman, E. A., & Cardin, S. (2002). Family-centered critical care: a practical approach to making it happen. *Critical Care Nurse*, 22(6), 12–19 7p.
- Mendes, A. (2015). *A Informação à Família na Unidade de Cuidados Intensivos - Desalojar o Desassossego que Vive em Si*. Loures: Lusodidacta.
- Mitchell, M. L., & Chaboyer, W. (2010). Family Centred Care - A way to connect patients, families and nurses in critical care: A qualitative study using telephone interviews. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(3), 154–160.
- Wright, L. M., & Bell, J. M. (2009). *Beliefs and illness: A Model for Healing*. Calgary: 4th Floor Press.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias: Guia para Avaliação e Intervenção na Família* (5ª ed.). São Paulo: Roca

Apêndice 6. Sessão de Formação “Consulta de Follow-Up

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica

UNIDADE CUIDADOS INTENSIVOS CIRÚRGICOS

Coordenação: Enfermeira Chefe Fernanda Leal
Orientação de estágio: Enfermeiro Ricardo Picoito
Docente: Professora Anabela Pereira Mendes

Formador: Enfermeira Sofia Carvalho

CONSULTA DE FOLLOW-UP NA UCIC

INTRODUÇÃO

Finalidade

- Garantir a continuidade de cuidados de Enfermagem à PSC e família após alta da UCI

Objetivo Geral

- Assegurar o acompanhamento de enfermagem ao doente e família no seu processo de readaptação funcional após o internamento na Unidade de Cuidados Intensivos

Objetivos Específicos

- Estabelecer uma relação de ajuda com o utente e família neste processo de readaptação;
Despistar sinais e sintomas secundários ao internamento em UCI; Monitorizar o cumprimento da terapêutica e manter o envolvimento da família no processo de cuidados;

CONTEXTUALIZAÇÃO TEMÁTICA

Consulta Follow-UP

“é uma atividade sistematizada que envolve uma relação entre enfermeiro/utente, voltada para a identificação, resolução e/ou atenuação de problemas com base nas necessidades de saúde e nas condições/situação vivenciada pelo utente”

Sentoro, A. & Tavares, S. (1999)

Associado aos sucessos dos cuidados críticos modernos, surgem atualmente crescentes evidências científicas que revelam efeitos colaterais nos utentes e nos seus familiares após o internamento na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)

CONTEXTUALIZAÇÃO TEMÁTICA

Durante o internamento a equipa multiprofissional deve preparar a pessoa e a família para as necessidades que vão surgir após a alta hospitalar, sendo importante o acompanhamento após a alta, para facilitar e otimizar a recuperação.

[Svenningsen et al., 2015]

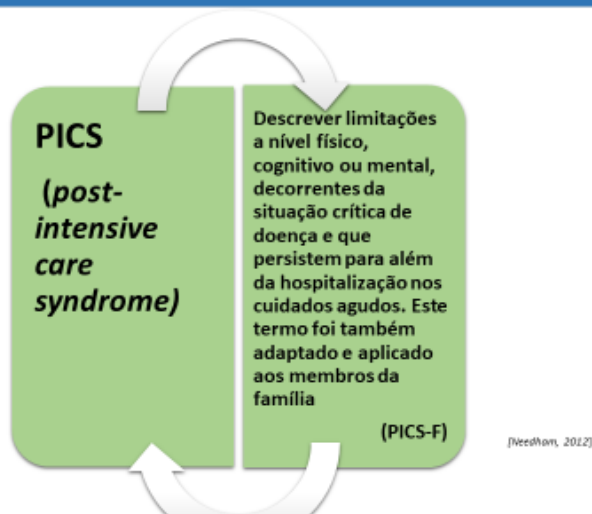
A realização da consulta de follow-up é importante para a resolução de problemas identificados ao longo da recuperação e possibilita a compreensão das sequelas causadas pela experiência em UCI

Farley et al. (2016) e
Svenningsen, Langhorn, Agård
e Dreyer (2015)

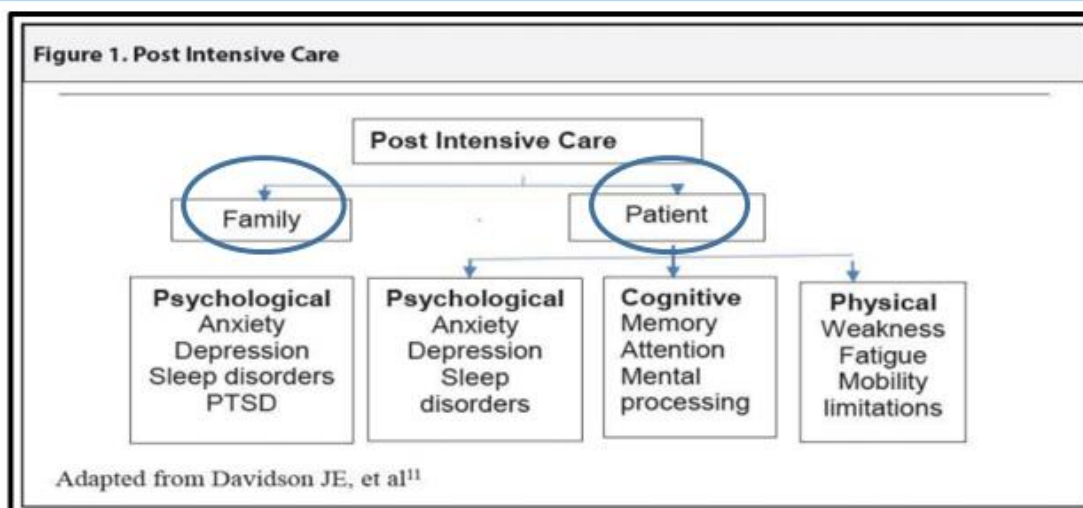
É importante avaliar a percepção da pessoa e família, de modo a compreender as suas necessidades e as intervenções de enfermagem que influenciaram positivamente a sua recuperação;

Cluckey et al. (2014)

CONTEXTUALIZAÇÃO TEMÁTICA



CONTEXTUALIZAÇÃO TEMÁTICA



CONSULTA FOLLOW-UP

Guidelines for the Provision of Intensive Care Services (1st Edition (2015))

Faculdade de Medicina Intensiva (FICM)
Sociedade Terapêutica Intensiva Inglesa



Consultas 20/30 minutos;
Intervalo de dois, seis e doze meses após a alta;



Equipa composta por médicos intensivistas e enfermeiros com competências avançadas;



Encaminhamento para as especialidades de acordo com os diagnósticos efetuados;



A seleção de utentes deve ser baseada no tempo de permanência (> 4 dias) ou risco de desenvolverem PICS (VMI/Delirium no internamento/falta de suporte familiar/traqueostomias,...);



O acompanhamento deve envolver ativamente a procura de sequelas físicas comuns, disfunções e as consequências dos procedimentos relacionados com a UCI.

CONSULTA FOLLOW-UP 6 MESES

Avaliação aos 6 meses após a alta:

Avaliação do estado de saúde/Qualidade de vida

Grau de dependência nas atividades diárias

Identificação de fatores causadores de stress durante o internamento

Seguimento da evolução dos *problemas pendentes* no momento da alta com eventual ajuda no seu encaminhamento se ainda não resolvidos

CONSULTA FOLLOW-UP 6 MESES

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE EQ-5D

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as atividades habituais. Responda que faz mais sentido para si, ou seja, a que responde o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, opte por a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 a 5, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, como é a sua saúde?	2. Muito boa	3. Boa	4. razoável	5. Fraca	
Ótima	1	2	3	4	5

6. Comparado com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral atual?

Muito	Com alguma	Aproximadamente	Um pouco	Muito
1	2	3	4	5



AValiação de Ganhos em Saúde
QUESTIONÁRIO EQ-5D

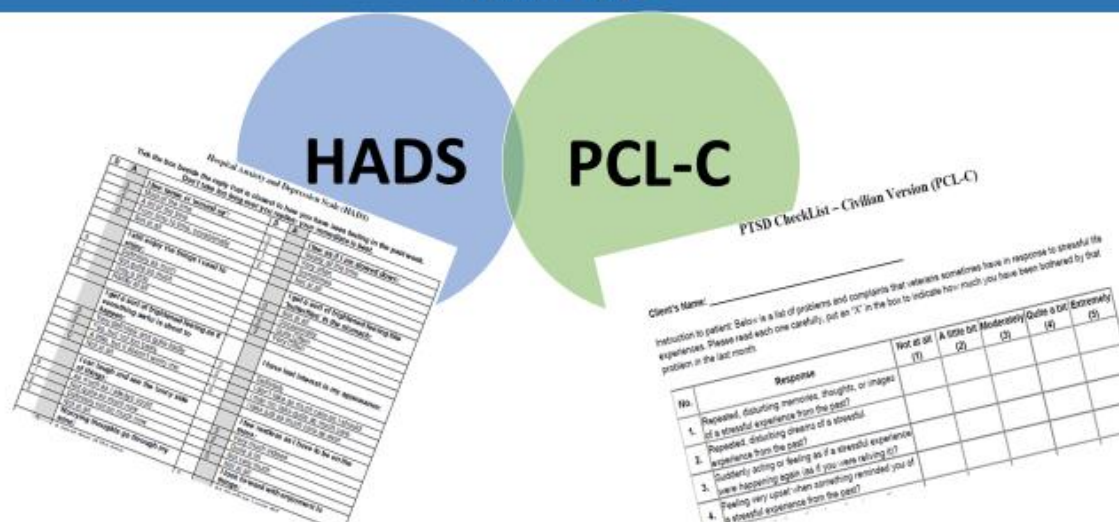
Assinale com uma cruz (assin) [X] um quadrado de cada um dos seguintes grupos, indicando qual das afirmações melhor descreve o seu estado de saúde hoje.

- **Mobilidade**
Não tenho problemas em andar
Tenho alguns problemas em andar
Tenho de estar na cama
Círculo 1 2 3 4 5
- **Cuidados Pessoais**
Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais
Tenho alguns problemas com os meus cuidados pessoais
Tenho de estar na cama
Círculo 1 2 3 4 5

SF-36

5Q-5D

CONSULTA FOLLOW-UP 6 MESES



PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

- Realização de um diário;
- Realização de visitas à enfermaria pós alta da UCI;

Jones, C., Service, N. H., & Jonsdottir, H. (2017)

- Posse de um contacto telefónico de uma enfermeira caso seja necessário;
- Avaliação e terapia relacionada com problemas físicos e psicológicos através de apoio individual ou em grupos;

Svenningsen, H., Langham, L., Agård, A. S., & Dreyer, P. (2015)

- Programa de reabilitação física iniciado antes da alta hospitalar;
- Visita à UCI, caso os utentes desejem.

Storli, S., Holme, A., Gjengedal, E., Lind, R., Eskerud, R., Core, L. (2018)

CONCLUSÃO

Para além de permitir compreender a perspetiva da PSC e família sobre a experiência do internamento e dar suporte após a alta, a consulta de follow-up possibilita a integração dos resultados obtidos na prática de cuidados através da formação de pares, contribuindo para a correção de práticas, para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e consequentemente, dos resultados em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cluckey, L., Weyant, R., Roberts, M. & Henderson, A. (2014). Discovery of unexpected pain in intubated and sedated patients. *American Journal of Critical Care*, 23(3).
DOI: 10.4037/ajcc.2014943
- Engström, A., Nyström, N., Sundelin, G. & Rattray, J. (2013). People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: A qualitative study. *Intensive Critical Care Nursing*, 29(2), 88-95.
DOI: 10.1016/j.iccn.2012.07.003
- Farley K., Eastwood, G. & Bellomo, R. (2016). A feasibility study of functional status and follow-up clinic preference of patients at high risk of post intensive care syndrome. *Anaesthesia and Intensive Care*, 44(3), 413-419.
- Jones, C., Service, N. H., & Jonsdottir, H. (2017). Intensive care unit : Prospective quasi-experimental study Structured nurse-led follow-up for patients after discharge from the intensive care unit : Prospective quasi-experimental study nasdo, (October).
DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.13485>
- Network, C. C., Leads, N., Nurses, C. C., Alliance, N., Therapists, L., Outreach, N., & Kingdom, U. (2015). Guidelines for the Provision of Intensive Care Services.
- Santoro, A. & Tavares, S. (1999). Consulta de enfermagem geriátrica e gerontológica: uma necessidade. *Acta Paulista de Enfermagem*, 12, ISSN: 0103-2100. Acedido em Janeiro, 2019, em: http://www.unifesp.br/denif/acta/1999/12_1/pdf/art9.pdf
- Storli, S., Holme, A., Gjengedal, E., Lind, R., Eskerud, R., Care, L. (2018). The provision of nurse-led follow-up at Norwegian intensive care units, (41045), 2877-2886.
DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.14379>
- Svenningsen, H., Langhorn, L., Ågård, A. S., & Dreyer, P. (2015). *Post-ICU symptoms, consequences, and follow-up: an integrative review*, 1-9.
DOI: <https://doi.org/10.1111/nicc.12165>

Apêndice 7.
Proposta de orientações gerais para a consulta de Follow-Up

Proposta de orientações gerais para a Consulta de Follow-UP

Finalidade: Garantir a continuidade de cuidados de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e família após alta da Unidade Cuidados Intensivos

Objetivo Geral: Assegurar o acompanhamento de enfermagem ao doente e família no seu processo de readaptação funcional após o internamento na Unidade de Cuidados Intensivos **Objetivos Específicos:** Estabelecer uma relação de ajuda com o utente e família neste processo de readaptação; Despistar sinais e sintomas secundários ao internamento em UCI; Monitorizar o cumprimento da terapêutica e manter o envolvimento da família no processo de cuidados;

População-Alvo: Utentes com alta da UCIC;

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Associado aos sucessos dos cuidados críticos modernos, surgem atualmente crescentes evidências científicas que revelam efeitos colaterais nos utentes e nos seus familiares após o internamento na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

Durante o internamento a equipa multiprofissional deve preparar a pessoa e a família para as necessidades que vão surgir após a alta hospitalar, sendo importante o acompanhamento após a alta, para facilitar e otimizar a recuperação (Svenningsen, Langhorn, Ågård, e Dreyer, 2015). Deste modo a realização da consulta de follow-up é importante para a resolução de problemas identificados ao longo da recuperação e possibilita a compreensão das sequelas causadas pela experiência em UCI (Farley, Eastwood e Bellomo, 2016).

Uma consulta de enfermagem “é uma atividade sistematizada que envolve uma relação entre enfermeiro/utente, voltada para a identificação, resolução e/ou atenuação de problemas com base nas necessidades de saúde e nas condições/situação vivenciada pelo utente” (Santoro e Tavares, 1999).

Segundo os autores, referem que é importante avaliar a perceção da pessoa e família, de modo a compreender as suas necessidades e as intervenções de enfermagem que influenciaram positivamente a sua recuperação (Cluckey, Weyant, Roberts e Henderson, 2014).

Desde 2012 que surgiu o termo PICS (*post-intensive care syndrome*), em que descreve limitações a nível físico, cognitivo ou mental, decorrentes da situação crítica de doença e que persistem para além da hospitalização nos cuidados agudos. Este termo foi também adaptado e aplicado aos membros da família.

PROCEDIMENTO/PROTOCOLO

Segundo as **Guidelines for the Provision of Intensive Care Services (1st Edition (2015))**, referem que a consulta de follow-up sugerem diversos pressupostos:

- Consultas 20/30 minutos (Intervalo de 2/6/12 meses após a alta);
- Equipa composta por médicos intensivistas e enfermeiros com competências avançadas;
- Encaminhamento para as especialidades de acordo com os diagnósticos efetuados;
- A seleção de utentes deve ser baseada no tempo de permanência (> 4 dias), ou risco de desenvolverem PICS (**post-intensive care syndrome**) (Ventilação Mecânica Invasiva, *Delirium* no internamento/ falta de suporte familiar/traqueostomizados;⁷
- O acompanhamento deve envolver ativamente a procura de sequelas físicas comuns, disfunções, e as consequências dos procedimentos relacionados com a UCI.

A consulta deve ser realizada aos 6 meses:

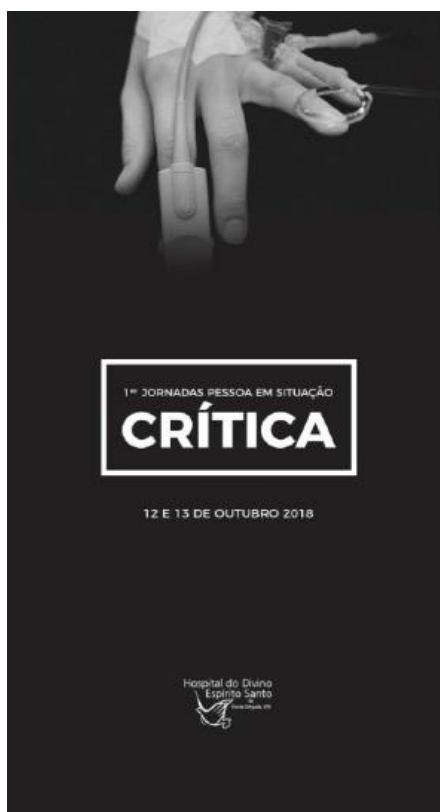
- Avaliação aos 6 meses após a alta;
- Avaliação do estado de saúde/Qualidade de vida;
- Grau de dependência nas atividades diárias;
- Identificação de fatores causadores de stress durante o internamento;
- Seguimento da evolução dos problemas pendentes no momento da alta com eventual ajuda no seu encaminhamento se ainda não resolvidos;

Segundo a evidência científica são aplicados questionários/escalas adaptadas à população portuguesa como a **EQ-5D** (instrumento do EuroQol Group para avaliação da qualidade de vida), o **SF36** (*Short-Form Health Survey*) a **HADS** (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) e o **PCL-C** (*Post Traumatic Stress Syndrome Checklist – Civilian*).

Para além de permitir compreender a perspetiva da Pessoa em Situação Crítica e família sobre a experiência do internamento e dar suporte após a alta, a consulta de follow-up possibilita a integração dos resultados obtidos na prática de cuidados através da formação de pares, contribuindo para a correção de práticas, para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e consequentemente, dos resultados em saúde.

ANEXOS

**Anexo 1. Certificado de Participação 1^{as} Jornadas Pessoa em Situação
Crítica**



CERTIFICADO

de participação

CERTIFICAMOS QUE:

Sofia Isabel Ribeiro Pedro Carvalho

PARTICIPOU NAS 1^{AS} JORNADAS PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA QUE
DECORREU NOS DIAS 12 E 13 DE OUTUBRO DE 2018, NO HOSPITAL
DO DIVINO ESPÍRITO SANTO DE PONTA DELGADA EPER

Sandra Figueiredo

Comissão Organizadora

Acreditadas por:



**Anexo 2. Certificado de Participação do III Congresso da Secção Regional
do Sul (Ordem dos Enfermeiros)**



CERTIFICADO DE INTERVENIENTE

Certifica-se que

SOFIA ISABEL RIBEIRO PEDRO CARVALHO

Membro n.º 84495 desta Ordem, participou no **III Congresso da Secção Regional do Sul**, que se realizou nos dias **5 e 6 de Dezembro de 2018**, no **Teatro das Figuras em Faro**, enquanto **Coautora** do Póster, com o título:

**O CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA DA PESSOA EM SITUAÇÃO
CRÍTICA NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS: INTERVENÇÃO DO
ENFERMEIRO PERITO**

Coautores:
Ana Lusquiños
Ricardo Feliciano
Sofia Carvalho
Sónia Gameiro
Anabela Mendes

Faro, 6 de Dezembro de 2018.

O Presidente do Conselho Directivo Regional

Sérgio Branco